

Dynamique des médiateurs thérapeutiques en orthophonie : effets indirects sur les relations enfant-thérapeute-parent au cours du suivi orthophonique des pathologies du langage oral et/ou écrit

Nathalie Munos

▶ **To cite this version:**

Nathalie Munos. Dynamique des médiateurs thérapeutiques en orthophonie : effets indirects sur les relations enfant-thérapeute-parent au cours du suivi orthophonique des pathologies du langage oral et/ou écrit. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01491893

HAL Id: dumas-01491893

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01491893

Submitted on 17 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine
ECOLE D'ORTHOPHONIE

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

MUNOS NATHALIE
Née le 02 Avril 1971 à Rodez

DYNAMIQUE DES MEDIATEURS THERAPEUTIQUES EN ORTHOPHONIE

Effets indirects sur les relations enfant-thérapeute-parent au cours du suivi orthophonique des pathologies du langage oral et/ou écrit

Directeur de Mémoire : **WRONKE José,**
orthophoniste
Co-directeur de Mémoire : **JAUBERT Sandrine,**
orthophoniste

Nice
2016

© Université Nice Sophia Antipolis – Faculté de Médecine - Ecole d'Orthophonie

Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole d'orthophonie

MEMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

MUNOS Nathalie
Né le 02 avril 1971 à Rodez

DYNAMIQUE DES MEDIATEURS THERAPEUTIQUES EN ORTHOPHONIE

Effets indirects sur les relations enfant-thérapeute-parent au cours du suivi orthophonique des pathologies du langage oral et/ou écrit

Directeur de Mémoire : **WRONKE José,** orthophoniste

Co-directeur de Mémoire :**JAUBERT Sandrine**

orthophoniste

Membres du jury : **NOM Prénom**, ès qualité

NOM Prénom, ès qualité

NOM Prénom, ès qualité

Nice

2016

cc BY NC ND

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier José Wronke et Sandrine Jaubert, enseignants et directeurs de ce mémoire, qui ont accompagné mon travail et ont su guider mes réflexions durant deux ans. Merci aussi aux enseignants et maîtres de stage, qui ont contribué à développer et enrichir ma vision sur une pratique orthophonique plurielle.

Je remercie aussi mes proches, mes amis, ma sœur, qui par leur écoute et leurs remarques ont pu animer des discussions fécondes.

Mes pensées vont surtout vers mes enfants Dora et Achille, dont la patience et les encouragements ont jalonné ces quatre années d'étude, et particulièrement vers Achille, sans qui ce parcours et ce mémoire n'auraient probablement pas vu le jour.

SOMMAIRE

Remerciements 3
SOMMAIRE 1
Introduction 4
PARTIE THEORIQUE 5
Chapitre 1 : La relation 6
I. Eclairage psychanalytique 7
1. Notion de Relation d'objet 7
2. Notion de transfert/ contre-transfert dans la relation thérapeutique. 9
3. Notion de Tiers symboligène. 10
II. Eclairages neuroscientifiques 11
1. Notion d'attachement 11
2. Notion de conscience et sentiment d'être soi. 12
3. Notion d'empathie, cognition sociale, théorie d l'esprit 13
III. Eclairage de la relation par la pratique orthophonique. 15
1. L'orthophoniste n'est pas : 15
2. La pratique orthophonique : dimension subjective et dimension objective 17
3. Pratique orthophonique et place des parents 18
Chapitre 2 : Le langage 19
I. Aspects linguistiques, pragmatique du langage 20
1. Les universaux du langage 20
2. Pragmatique du langage, notions de base 21
3. Les précurseurs de la pragmatique 24
II. Aspects neurologiques et cognitivistes du langage 25
III. Aspects psychanalytiques du langage 26
Chapitre 3 : La médiation 29
I. Distinguer pratique orthophonique et pratique psycho thérapeutique 30
1. Notion de symptôme 30
2. Bilans 30
3. Outils 31
II. Les médiateurs 32
1. Définir les notions 32
2. Le cadre thérapeutique 35
3. Trois niveaux de la médiation 38
4. Objectifs poursuivis par le rééducateur 39
III. Désir et langage, la question du Sujet 39

1. Distinguer les notions de désir, besoin, volonté, souhait 39
2. Langage et pensée 41
3. Langage et sujet 41
PARTIE PRATIQUE 43
I. Le rappel de la problématique et les hypothèses 44
II. La méthodologie 45
1. Elaboration du questionnaire (L'intégralité du questionnaire en annexe II) 45
2. Choix de la population 47
3. Obstacles rencontrés 50
III. Les résultats du questionnaire 50
1. Le motif de consultation 51
2. Qui demande la prise en charge, ou oriente vers l'orthophoniste ? 51
3. La relation parent- orthophoniste en début de prise en charge 51
4. La relation parent-enfant 52
5. La relation enfant-parent : modifications observées par le parent 54
6. L'évolution de la relation Parent-Orthophoniste 55
7. Les modifications des relations avec l'entourage proche (famille élargie, amis…) 56
8. La difficulté majeure vécue par les parents au cours de la prise en charge orthophonique 56
IV. L'analyse des données 57
1. Le motif de consultation, la perception du trouble et la demande de prise en charge 57
2. La relation parent-orthophoniste en début de prise en charge 58
3. La relation parent-enfant 59
4. La relation enfant-parent : les modifications concernant l'enfant, observées par le parent 64
5. L'évolution de la relation Parent-Orthophoniste 68
6. Les modifications des relations avec l'entourage 70
7. La difficulté majeure rencontrée au cours de la prise en charge de l'enfant 71
V. Synthèse et discussion 73
Conclusion 76
Bibliographie 78
glossaire 80
ANNEXES 81
Annexe I : 82
Relation parent-thérapeute 82
Annexe II : 83

Questionnaire aux parents 83

INTRODUCTION

Au cours de mes observations et de mes stages pratiques auprès d'enfants présentant des troubles du langage oral et/ou écrit s'est dessinée une ébauche de sujet d'étude : les parents ont une place particulière dans la prise en charge, peu questionnée dans la littérature ou la recherche scientifique.

De cette observation émergent alors plusieurs questions. Par exemple, à propos des phénomènes et les enjeux relationnels sous-jacents, et manifestes ; en quoi ces phénomènes sont-ils agissants dans la prise en charge orthophonique ? Ou encore comment chacun des protagonistes investit la relation avec l'orthophoniste ? La relation parent-enfant s'en trouve-t-elle alors modifiée ? Y a-t-il une triangulation de ces relations ? Ce sont toutes ces questions que nous tenterons d'éclairer au cours de ce travail, suivant un axe théorico-clinique qui nous oriente, à son pôle théorique vers les concepts éclairant la notion de Relation, sa place dans le langage, sa place dans un dispositif thérapeutique, et à son pôle clinique, vers la pratique orthophonique utilisant des médiateurs thérapeutiques.

Le choix de cet axe a pour but d'examiner les mouvements relationnels entre parent, enfant, et orthophoniste, et leur évolution, au cours de la prise en charge orthophonique de l'enfant.

Les premiers constats montrent qu'il existe très souvent un écart entre les représentations des parents à propos du travail orthophonique, et la réalité de la prise en charge. Leurs attentes, leurs idées reçues ou préconçues vont évoluer au cours de la prise en charge de l'enfant, et une dynamique des rapports entre parent, orthophoniste, et enfant va voir le jour. En prenant appui sur une analyse de pratique professionnelle qui utilise la médiation thérapeutique, nous confronterons notre hypothèse de départ à la réalité.

Cette hypothèse initiale est qu'au cours de la prise en charge orthophonique, s'opèrent des modifications à plusieurs égards : En s'appropriant le langage, l'enfant devient sujet dans son rapport à ce dernier. L'accession à cette position est d'une part portée par les liens qui se tissent, et la dynamique relationnelle triangulée entre l'enfant, les parents et l'orthophoniste. D'autre part cette accession est soutenue par les fonctions spécifiques de la médiation thérapeutique.

Nous développerons dans un premier temps, dans la partie théorique, ce qu'il y a à comprendre de la relation, par le biais de différents éclairages (psychanalytique, neuroscientifique, orthophonique), puis nous nous intéresserons à ce qu'est le langage pour les linguistes, pour les neurosciences, pour la psychanalyse. Enfin nous aborderons la question de la médiation thérapeutique, en éclairant notamment ses objectifs, ses fonctions et sa particularité dans la pratique orthophonique.

Dans la partie pratique, nous tenterons de repérer ce qui, dans l'utilisation de médiateurs, est agissant (ou pas) sur la dynamique relationnelle triangulée. A partir des données d'un questionnaire proposé aux parents, recueillies au cours d'un entretien avec eux, il s'agira de dégager les éléments probants, et d'analyser en quoi ils sont à l'œuvre dans la prise en charge, et en quoi ils signent une évolution des rapports.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : LA RELATION

I. Eclairage psychanalytique

Pour la psychanalyse, la qualité de nos relations avec les autres trouve son origine dans la relation du bébé avec son environnement, dès les premiers mois de vie. C'est là que se joue l'organisation de la psyché chez le tout petit. C'est cette organisation qui, dans le triangle Moi- l'Objet- l'Autre, va influencer le rapport de l'enfant au langage, comme représentation de sa pensée.

1. Notion de Relation d'objet

1.1 Apports de Mélanie Klein

Pour Mélanie Klein, toute vie psychique est une relation d'objet. Le monde interne est peuplé d'objets psychiquement investis, qui peuvent être des représentations partielles des personnes présentes dans son environnement effectif, et notamment sa mère. Ces objets, l'enfant va en quelque sorte les manipuler pour donner sens aux expériences vécues. L'expérience sensorielle, la perception de l'objet en particulier, se double toujours d'une tentative de représentation psychique. Cette élaboration, cette activité se fait par une double motion de projection-introjection. « L'amour et la haine à l'égard de la mère dépendent de la capacité à projeter sur elle toutes ses émotions, ce qui la transforme en un objet bon aussi bien que dangereux. L'introjection et la projection (…) sont à l'œuvre dès la naissance et façonnent l'image que l'enfant se fait de son entourage » (Mélanie Klein « Les racines infantiles du monde adulte » in Envie et Gratitude, 1968).

Le concept développé par Mélanie Klein place la relation à la mère au centre des expériences, et distingue deux positions dans le développement psychique de l'enfant et dans la construction de son Moi, (instance organisée autour de trois notions étroitement liées, que sont le narcissisme, l'identification, la différentiation (d'après « Vocabulaire de la psychanalyse » J.B Pontalis et J. Laplanche p. 248). Dans les premiers mois de vie, le Moi est donc archaïque, et ce sont ces deux positions qui vont, en prenant appui sur la concrétude de la relation d'objet, élaborer quelque chose du côté de la représentation, du symbolique. Ces deux positions sont la position schizo-paranoïde, et la position dépressive, positions qui sont à entendre comme « organisation situationnelles (…) en réponse à un type d'angoisse spécifique » (Willy Baranger, « Position et objet dans l'œuvre de Mélanie Klein », Eres 1999). Ces angoisses sont des angoisses existentielles, déjà soulevées par les travaux de Freud, s'appuyant sur les mythes antiques, et qui répondent au dualisme pulsion de vie-pulsion de mort. Dans la position schizo paranoïde, le moi est aux prises avec des angoisses psychotiques typiques, où la notion d'envahissement est au premier plan : l'objet avec lequel il noue une relation génère une frustration, à l'origine de l'angoisse d'envahissement et d'anéantissement. C'est, par exemple ce qui se passe lorsque, taraudé par la faim, le nourrisson ne peut se satisfaire de l'objet sein de sa mère, halluciné pour répondre à la sensation du manque, mais qui ne peut jamais combler son besoin et sa demande ; l'objet sein devient donc le mauvais objet interne, objet partiel clivant et persécuteur. Dans la position dépressive, le mécanisme de défense du moi face à l'angoisse,

consiste en une position de retrait vis-à-vis de l'objet. Ce qui prévaut, c'est la peur et la culpabilité face à la perte de l'objet sein, porteur de satisfaction du besoin : le sein halluciné n'arrivant pas réellement, le nourrisson en conçoit une angoisse d'abandon et une profonde détresse qui vient mettre en doute son existence-même.

En fait, c'est l'expérience de cette fragmentation qui amène le sujet à des mécanismes de défense du moi par un retrait dépressif, et par ce biais, là où il y avait un bon sein et un mauvais sein, il y a une possibilité pour le bébé d'intégrer sa mère comme un ensemble d'éléments , de différents aspects, tantôt satisfaisant, tantôt frustrant, absent ou présent, et cet ensemble devient peu à peu la représentation d'une seule et même personne, aux différentes facettes. Ainsi se forge l'expérience relationnelle du bébé avec l'objet devenu total. Il s'agit de réparer l'objet interne maternel, pour constituer l'objet idéal interne, prémice à la formation du Moi Idéal dont J. Lacan voit l'émergence dans le stade du miroir. Ainsi, des représentations qui en résultent constituent une forme plus permanente.

Winnicott va prendre appui sur ce concept dans son travail sur l'objet transitionnel et la notion d'espace transitionnel. Il parle de la « survivance de l'objet ».

1.2 Apports de D. Winnicott

Winnicott reprend le terme de relation d'objet dans le sens d'un premier rapport à autrui, qui n'est pas encore l'autre, mais qui est ce qu'il y a d'extérieur au moi internalisé. Pour lui, il faut que l'infans ait peur d'avoir endommagé l'objet (que Winnicott nomme objet d'amour), sous l'effet de sa haine. Alors, il sera possible pour lui de voir revenir l'objet, et le considérer comme venant du monde extérieur, d'une réalité extérieure. Autrui (l'objet extérieur) prend tout son sens du fait d'avoir survécu à la haine qui lui a été portée. Dès lors, il sera potentiellement utilisable parce qu'appartenant à une réalité extérieure. C'est ce que Winnicott appelle le passage de la relation d'objet à l'utilisation de l'objet. Mais ce passage n'est pas encore définitif. Il s'agit d'une transition qui se joue jusqu'à ce que le Moi soit constitué et clairement différencié du non-moi qu'est l'autre, pour que puisse se structurer un rapport acceptable à une réalité double : interne et externe.

Nous verrons dans le chapitre 3, consacré à la médiation thérapeutique, ce que cela implique la nécessité d'un aller –retour entre illusion et réalité.

1.3 Autres auteurs

D'autres auteurs ont pensé la relation du bébé avec son environnement.

John Bowlby, notamment développe la notion de besoin primaire d'attachement. (John Bowlby« Attachment and loss » vol.1, 1969) Il s'appuie sur les travaux éthologistes de Konrad Lorenz en particulier, pour mettre en évidence le besoin primaire d'attachement du bébé pour développer un sentiment de sécurité en accord avec son développement moteur. Bowlby relie directement ce besoin primaire à la nécessité de se protéger. Ainsi au cours des deux premières années de vie, il existe une « pulsion d'attachement » qui va s'étayer sur cinq conduites auxquelles la mère doit répondre. Ces cinq conduites sont la succion, l'étreinte, le cri, le sourire, et l'agrippement, et sont indépendantes de la fonction d'allaitement purement nourricière. Le bébé répond à un besoin fondamental différent de

l'alimentation ; et Bowlby insiste sur le fait que des carences dans ces conduites aboutissent de façon irréversible à une insécurité de l'attachement, et des angoisses de séparation majeures.

Un autre auteur, Wilfried Bion, reprend les concepts de Freud et à sa suite Mélanie Klein, sur l'idée que pour le bébé, l'appareil psychique est le produit de ses pensées associées à ses frustrations. Mais pour Bion, ces conflits ne sont générateurs de sens que s'ils ont pu être transformés par la mère sur laquelle il les projette d'emblée. Les affects excessifs sont ainsi projetés dans la mère qui, en les recevant devient un « contenant » des affects ; elle les travaille, les unifie par les gestes, les soins, les mots, le langage, la prosodie, le rythme de ses échanges avec son enfant…et ainsi pacifiés, ils sont « ré-introjectés »par le bébé, qui alors peut les recevoir comme affects positifs (éléments alpha). Cette approche de la relation mère-bébé permet à ce dernier de mieux tolérer les frustrations et facilite la construction de son appareil psychique.

2. Notion de transfert/ contre-transfert dans la relation thérapeutique.

Dans « Vocabulaire de la psychanalyse », le transfert se définit comme le « processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux. (…) Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles ». (JB Pontalis et J. Laplanche, p.492)

La relation de confiance qui s'établit progressivement entre patient et thérapeute tend à faire céder des défenses, pour que les affects puissent se déplacer d'une représentation à une autre. Freud observe ces motions dans la cure par la parole et va utiliser ce phénomène comme puissant instrument thérapeutique. Le but est de mobiliser les capacités de représentations (c'est-à-dire l'accès à la symbolisation) du patient, qui sera ainsi amené à métaboliser ce qui sous-tend le symptôme, à transformer pour trouver un sens à ses expériences psychiques.

Julia Kristeva (J. Kristeva « Histoires d'amour », 1986, p.23) précise : « L'amour de transfert est une dynamique à trois : le sujet, son objet d'amour imaginaire ou réel et le tiers, le tenant-lieu d'Idéal potentiel. Cette place de l'Autre, l'analyste (le thérapeute) l'occupe, sujet supposé savoir –et savoir aimer- en conséquence de quoi il va devenir dans la cure l'aimé suprême et l'agressé de choix. (…) Il n'y a pas d'analyse si l'Autre n'est pas un Autre que j'aime. » Mais la notion a pris pour de nombreux auteurs une dimension plus large. Et on retrouve cette dynamique dans la relation patient-orthophoniste, où il s'agira pour le patient de transformer son rapport aux représentations du réel, de l'éprouvé, c'est-à-dire son rapport au langage. Nous sommes là dans le domaine de la symbolisation. Par les motions d'amour présentes dans le transfert, c'est un véritable processus d'auto-organisation qui va se construire. Julia Kristeva précise encore : «l'amour transférentiel serait la forme optimale de cette connexion propre à toute expérience amoureuse, stabilisante-déstabilisante ».

En effet, si quelque chose de l'affect se mobilise et s'actualise chez le patient, et que cet affect est dirigé vers l'objet- thérapeute (l'Autre) celui-ci reçoit l'impact de ces mouvements pulsionnels, et y réagit : c'est le contre-transfert. Harold Searles parle de « symbiose thérapeutique». Ce que l'analyste offre au patient de nouveau et de thérapeutique à cet égard c'est le fait qu'au lieu d'éviter le développement d'une

dépendance symbiotique et réciproque avec le patient, il l'accepte. La relation transféro-contre transférentielle, lorsque patient et thérapeute s'en saisissent, devient un appui solide, un espace de liberté qui permet l'émergence du sujet dans sa singularité. « aspects de lui-même qui sont subjectivement dépourvus de sentiment, non humains.(…) Cet aspect du transfert consiste à refaire fonctionner normalement la différentiation du moi ». La phase de symbiose thérapeutique a donc pour but une « intégration des composantes de l'identité subjectivement inhumaine, (…) ce qui renforce chez l'un et chez l'autre le sentiment de sa propre humanité » (Harold Searles « Le contre transfert » folio p. 191-192).

Dès lors, instaurer un contexte relationnel propice à une transformation, c'est se mettre à l'écoute de ces phénomènes, s'en saisir et créer de l'intersubjectivité dans l'épaisseur du lien. Cette intersubjectivité (au-delà des notions de confiance, d'empathie et de bienveillance) implique une présence absolue et amodale du thérapeute, qui rendra possible l'étayage au cours de la prise en charge, mais aussi la capacité du patient à adopter les aides proposées par l'orthophoniste. Pour Sealers, « il faut d'abord que le lien se noue dans le transfert dans une « symbiose pathogène », de telle sorte que l'analyste puisse savoir de première main ce que ce lien apporte aussi bien de gratifications que de frustrations et de terreurs. Il faut passer par ce stade avant que ce mode de relation transférentielle puisse se résoudre en ce que j'appelle la symbiose thérapeutique à partir de laquelle se produira une individuation plus saine ». (Harold Searles, 1979, p. 324) On sent bien l'enjeu majeur de formation et d'autonomie du Moi, du côté de la symbolisation, par la différentiation et la dialectique Moi /non-Moi.

3. Notion de Tiers symboligène.

Peu à peu la différenciation du Moi se réalise via le transfert, mais pour accéder à la subjectivité, il faut concevoir l'autre comme un sujet-autre, et non pas comme un non-moi. C'est ce que Lacan élabore dans le texte sur « le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je » (Jacques Lacan « Stade du miroir comme formateur de la fonction Je » communication faite à Zurich en juillet 1949 repris dans « Ecrits », Seuil E(04), p. 93-100). Dans ce texte Lacan revient sur le concept de stade du miroir qui arrive vers l'âge de 6 à 18 mois. Au cours de cette période l'enfant, par la reconnaissance de son image dans le miroir, va élaborer une ébauche de pensée réflexive, il anticipe dans son imaginaire la maitrise de son unité corporelle, (que son immaturité neurologique ne lui permet pas). Cette anticipation imaginaire participe à la constitution d'un Moi unifié, et différencié du non-moi. Lacan insiste sur la jubilation que manifeste l'enfant au cours de cette activité. Mais le stade du miroir ne se limite pas à un « contrôle de l'identification spéculaire », Lacan précise que cette expérience primordiale « est au fondement des identifications secondaires », c'est-à-dire qu'elle se place dans une perspective où le sujet n'est pas réductible au Moi, et que dès lors, parce que le Moi est constitué, le sujet peut entrer dans le symbolique. C'est en cela que ce stade est symboligène, et formateur de la fonction du Je. Ici le Je et le Moi ne revêtent donc pas les mêmes fonctions : le Moi c'est de l'imaginaire, le Je c'est du symbolique. La notion de Sujet s'élabore conjointement à la notion d'altérité « L'assomption jubilatoire de son image spéculaire par l'être encore plongé dans l'impuissance motrice et la dépendance du nourrissage qu'est le petit homme à ce stade *infans,* nous paraîtra dès lors manifester en une situation exemplaire la matrice symbolique où le *je* se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre, et que le langage ne lui restitue dans l'universel

sa fonction de sujet. » (« Le stade du miroir comme formateur de la fonction Je », Zurich 1949)

Le stade du miroir a donc pour fonction, d'élever l'enfant au statut de sujet avec un moi unifié et fonctionnel, permettant d'établir une relation de l'organisme à sa réalité. On sort du concept centré sur un système perception-conscience organisé par le principe de réalité, pour entrer dans l'idée que parce qu'il y a Moi, il y a non-Moi, et il y a l'autre, le tiers différent et séparateur, avec lequel une interaction est désormais possible avec une pensée réflexive. La voie est ouverte vers le langage (voie de symbolisation), et la confrontation du *je* à des situations extérieures socialement élaborées.

II. Eclairages neuroscientifiques

Les neuro sciences, par leur approche expérimentale, apportent un éclairage de ce qu'est la relation, à travers des modèles computationnels ayant pour base l'observation anatomo-physiologique. Elles considèrent l'individu comme élément constitutif d'un système plus large. Les données de l'analyse passent par le caractère fonctionnel ou non, adapté ou non, d'un comportement dans une situation relationnelle ou communicationnelle, et par leur efficience. A la différence de la psychanalyse, qui place l'humain et sa dynamique intérieure au centre de son étude, les neurosciences tendent à expliciter les fonctionnements humains avec l'environnement. Même si l'approche est différente, les domaines étudiés sont comparables : nous aborderons dans cette partie les notions d'attachement, de conscience du point de vue des neurosciences (notion liée au sentiment d'être soi), d'empathie et de « théorie de l'esprit ».

1. Notion d'attachement

Selon un article paru dans *l'année psychologique/ topics in cognitive psychology* en 2013, intitulé « psycho-endocrinologie sociale de l'ocytocine », (Antony Lane,Olivier Luminet et MoÏra Mikolajczak, Belgique 2013), la fonction d'attachement entre êtres humains pourrait s'expliquer par la présence dans l'organisme d'ocytocine, substance à la fois hormone et neurotransmetteur, produite à partir d'une protéine (traduite à partir du gène OXT).

L'ocytocine, en action conjointe avec la vasopressine qui a une structure chimique proche, aurait la capacité d'associer les contacts sociaux à des perceptions agréables, aidée en cela par la dopamine, neuromédiateur qui conditionne en partie le fonctionnement du circuit de la récompense. On retrouve l'ocytocine dans l'organisme humain et chez certains mammifères comme le chimpanzé. Une étude scientifique (Campbell, 2008) met en évidence la libération d'ocytocine dans le cerveau (rôle de neurotransmetteur) suite à des stimuli sexuels, olfactifs, tactiles, et notamment lors du toilettage, de l'allaitement, de la parturition, et du contact avec la progéniture.

L'implication de l'ocytocine dans l'attachement a été mise en évidence par plusieurs études, (Savaskan, Ehrard, Sultz, Walter, Shasinger, 2008), montrant une corrélation entre taux d'ocytocine et capacité de reconnaissance des visages par le bébé. L'ocytocine favoriserait l'initiation des contacts sociaux, et les consoliderait. (Kendrick, 2000) Les scientifiques parlent alors du rôle de « ciment social » de cette substance. Elle favoriserait également la recherche de contact social et augmenterait la confiance en soi et en autrui, avec une modulation des comportements : lorsqu'il y a état pathogène (infectieux, lors de l'étude), l'ocytocine en facilite la détection et amène l'individu à « adapter son comportement » : il se détourne de la source d'infection. (Kavaliers et Choleris, 2011). Ainsi l'ocytocine favorise les habiletés sociales et les comportements interpersonnels, étant en cela directement impliquée, selon les conclusions des neuroscientifiques, dans la capacité d'adaptation de l'individu au groupe social.

Par ailleurs, d'autres études portant sur les liens mère-bébé lors de l'accouchement et dans les heures qui suivent, mettent en évidence l'action de l'ocytocine -hormone pour favoriser le rapprochement et l'attachement mère- enfant, avec de grandes différences individuelles ; les représentations maternelles et l'intensité du lien mère-bébé sont donc très hétérogènes. (Van de Post et al. 1997, Levine et al, 2007)

Il apparait également à la lumière des études scientifiques (Heinrichs et al. 2001, Neumann 2008, Riem et al., 2011), que l'ocytocine, sous l'effet des soins maternels primaires (toilette, allaitement, contact tactile…) inhibe l'axe du stress (hypothalamo-hypophyso-surrenal), ce qui place la mère dans un état d'esprit serein et calme, propice à la relation de qualité avec son bébé.

Les neurosciences objectivent ici des conclusions, basées sur les recherches et observations cliniques fines opérée par W.Bion ainsi que J. Bowlby en leur temps. W. Bion élabore dans les années 1960/70 son concept autour des éléments alpha et de la « capacité de rêverie maternelle » où s'origine la fonction contenante de la mère, ou encore les études menées par Bowlby et à sa suite Mary Ainsworth sur l'attachement comme besoin primaire.

2. Notion de conscience et sentiment d'être soi.

D'un point de vue neurologique, la notion de représentation trouve une correspondance dans l'activité cérébrale vibratoire, qui fait apparaître une « synchronisation neuronale » autour de 40 Hz. (travaux de Rodolpho Llinas, 1991.) Les neuroscientifiques considèrent l'existence d'une assemblée de neurones oscillant à diverses fréquences, et qui, lorsque certains entrent en résonnance avec d'autres autour de 40Hz, donne lieu à une représentation consciente de l'objet stimulus. Cette activité peut être objectivée à l'IRM fonctionnel par des oscillations en phase (onde) qui parcourent le cortex de sa partie antérieure à sa partie postérieure, environ 40 fois par seconde. Lorsque cette activité corticale permanente s'allie à l'activité thalamique spécifique liée à un stimulus sensoriel, cela donne lieu à une représentation de la perception sensorielle. L'absence de cette synchronicité est retrouvée dans les cas d'agnosie. On a donc ici une approche neurologique de ce qu'est la représentation consciente d'une perception sensorielle. A partir de là, on serait tenté d'expliquer scientifiquement par des phénomènes électriques et vibratoires la notion de conscience et la capacité proprement humaine d'accès à la représentation, et plus

particulièrement la représentation de soi, ce que les neuropsychologues vont nommer « sentiment d'être soi ».

Certains auteurs, comme Clavin parlent en terme de pattern de neurones sous forme de plus petites assemblées de neurones tapissant le cortex. Ce modèle envisagerait des variantes induites par une situation nouvelle donnant lieu à une adaptation de l'activité cérébrale et des comportements. Nos pensées, pour ces auteurs, sont toujours dirigées vers l'action.

Pour d'autres auteurs (Edelmann et Tononi, 2000) la conscience doit s'envisager au sein d'un « noyau dynamique », et un réarrangement permanent de l'assemblée de neurones, et non d'une structure anatomique. Les neurones de plusieurs régions du cerveau seraient donc impliqués, déterminant une activité cérébrale particulière qui correspondrait à un état de conscience spécifique. Dans ce modèle de conscience du soi et du non soi, les différentes structures anatomiques impliquées dans les systèmes mnésiques tiennent un rôle important (lobe frontal, hippocampe = structures de la mémoire épisodique, lobe temporal pré frontal, para hippocampique pour la mémoire sémantique). La conscience serait donc en interdépendance avec le système de mémoire à long terme, permettant d'une part l'encodage de perceptions vécues, fortement liées au contexte de présentation et d'autre part l'apprentissage. Ainsi pour Ces auteurs, il faudrait distinguer deux types de conscience : la conscience primaire, qui se rapporte à l'état de vigilance permettant de répondre aux besoins primaires, par l'intégration des sensations internes et liées à l'environnement. Cette conscience primaire induit des réponses peu élaborées mais reproductibles. D'un autre côté il existerait une conscience d'ordre supérieur, intégrant les aires du langage, et faisant appel à la mémoire à long terme pour avoir une représentation d'un passé, d'un futur et d'un présent à partir des éléments présents en conscience primaire.

D'autres chercheurs encore comme V.S Ramachandran, amènent l'idée que l'évolution du cerveau humain au cours de son « hominisation » l'a amené à créer des méta représentations (des » représentations de représentations » à partir de perceptions sensorielles, par l'interaction de l'aire de Wernicke avec le cortex cingulaire antérieur. Il inclut aussi l'implication de l'hémisphère droit dans le sentiment d'être soi, par son rôle dans la perception du schéma corporel. Les rôles conjoints des deux hémisphères cérébraux ont fait l'objet d'études par l'équipe de Michaël Gazzaniga, montrant que les deux sont impliqués dans la représentation et la perception au cours d'une action.

On retrouve donc par le biais des chercheurs en neurosciences, des questions touchant aux valeurs profondément humaines, conscience, mémoire, sentiment de soi/non-soi, et consécutivement le lien à autrui. La neuro psychologie tente ainsi de modéliser les phénomènes relationnels en amenant les notions d'empathie, de cognition sociales, de théorie de l'esprit.

3. Notion d'empathie, cognition sociale, théorie d l'esprit

Nous avons vu plus haut que la notion de conscience peut être envisagée comme le résultat d'une pensée, toujours dirigée vers l'action. Les travaux de Libet (Libet, 1985) révèlent que la prise de conscience d'agir est un effet et non une cause de l'acte. Ces conceptions débouchent sur des recherches reliant action et représentation de l'action. L'imagerie

cérébrale, on découvre une analogie entre les deux mouvements de pensée, sur le socle d'un circuit cortical commun. En 1996, Rizzolati, Fadiga, Gallese, et Fogassi mettent en évidence pour la première fois la résonance motrice entre un cerveau et un autre cerveau : quand l'un se prépare à exécuter un acte, le cerveau de l'autre voit s'animer les mêmes réseaux neuronaux que le premier. Il s'agit des « neurones miroirs ». Ces neurones miroirs fournissent une base biologique pour les modèles cognitifs de la communication et de l'intersubjectivité, vue de ce côté-là. Les travaux de Rizzolatti et al. débouchent sur les prémices d'élaboration de la « théorie de l'esprit », des « représentations partagées », du rapport entre soi et autrui, par le biais d'expérience scientifique, où il s'agit d'observer, et de coder l'action par une sorte d'imitation interne, et anticiper l'action (ou le mouvement de pensée) d'autrui. C'est une fonction des neurones miroirs, démontrée par ces chercheurs.

La théorie de l'esprit se distingue de l'empathie par le fait qu'elle ne concerne pas uniquement les émotions mais une représentation des pensées d'autrui. Les processus en jeu permettent de reconnaître un type d'état mental impliquant des désirs, des intentions, des connaissances, etc. la théorie de l'esprit relève de la cognition sociale, et permet un comportement adapté aux codes relatifs à un groupe.

L'empathie, quant à elle, peut répondre à deux définitions (Jean Decety, 2004) : dans la première, l'empathie désigne un sentiment de partage et de compréhension affective, qui témoigne de mécanismes intersubjectifs proprement humains. Ce sentiment permet d'obtenir des connaissances pouvant servir à des buts assez divers retrouvés dans les techniques des thérapies cognitivo-comportementales, aussi bien que dans celles du management, pour renforcer les liens des membres d'un groupe humain (dans l'armée par exemple), dans les stratégies de publicité ou de performance commerciale. Dans la deuxième définition, l'empathie est envisagée comme une attitude orientée vers le bien d'autrui. Des mécanismes altruistes sont à l'œuvre, avec ceci de spécifique qu'ils ne s'adressent pas seulement à des membres proches affectivement, d'un même groupe, mais peuvent aussi se diriger vers un membre d'un autre groupe, voire d'une autre espèce.

Carl Rogers, initiateur des *techniques non-directives* de communication a également travaillé sur la notion d'empathie, et développé la notion d' « écoute active » ou « écoute bienveillante », reprise là aussi dans des domaines d'application très divers.

Les études scientifiques mettent en avant les éléments neurologiques pour expliquer ce phénomène issu de l'évolution humaine, notamment la présence et le rôle des neurones miroirs dans le lobe pré frontal du cortex, région anatomique ayant, selon les résultats d'études menée par Decety et Philip (Jean Decety et Jakson Philip, 2004), une fonction d'interface entre cognition et émotion. Ainsi, le bébé puis l'enfant serait capable d'empathie à partir de 3-4 ans dans un développement normal, expliquant l'adaptation et les comportements pro sociaux, et parallèlement une conscience de soi et des autres sans qu'un apprentissage explicite soit nécessaire.

Si l'on accepte l'idée que l'empathie repose sur des systèmes neuro cognitifs distribués dans le cerveau, , on peut s'attendre à ce qu'un dysfonctionnement de ceux-ci aient des conséquences sur d'autres fonctions cognitives de haut niveau , comme le système attentionnel, la mémoire, la flexibilité mentale, la capacité d'inhibition, fonctions exécutives mettant en jeu elles aussi l'activité du lobe préfrontal, qui seraient donc corrélées à la capacité d'empathie .

L'empathie, de ce point de vue s'intègre dans une approche des phénomènes relationnels assez large. Elle concerne tout rapport humain dans son évolution, son « hominisation » et n'est pas l'apanage du lien thérapeutique. Ce qui est spécifiquement thérapeutique dans le lien c'est autre chose que l'empathie ; nous tenterons plus loin d'amener une réflexion sur ce sujet).

Alors qu'est-ce qui fait lien dans la relation thérapeutique ?

L'orthophoniste, dans sa pratique doit intégrer et tisser les différentes modalités du langage (linguistique, neurologique, symbolique), par le biais d'une relation thérapeutique, c'est-à-dire inscrite dans la singularité du sujet. Respecter une rigueur éthique (ce que Lévinas nomme une « éthique de la transcendance », autour de la notion de responsabilité pour autrui) (E. Levinas « Altérité et transcendance » ,1995) et inconditionnelle qui amène le sujet et le thérapeute sur un fil « ascendant », entre fonction communicationnelle et ordre symbolique.

III. Eclairage de la relation par la pratique orthophonique.

1. L'orthophoniste n'est pas :

1.1 Dans le champs de l'éducatif

L'éducation n'est pas la mission de l'orthophoniste. Néanmoins, la prise en charge s'inscrit dans un ensemble de règles à respecter. Elles concernent le cadre thérapeutique autant que les contraintes de la langue et les lois inhérentes au langage. Ainsi, nouer des rapports avec le langage, ou modifier ceux-ci vers plus de fluidité et de liberté, posera la question de la règle, du cadre, de la loi et de l'interdit, déclinée au plan symbolique, autant que sur un mode pragmatique, au cours des séances de rééducation. L'orthophonie n'est donc pas une pratique éducative, mais pose la question de la règle.

1.2 Dans le champs de l'enseignement

Alors que l'enseignant travaille à trouver des stratégies d'apprentissage pour les enfants d'un groupe classe à qui il doit transmettre un savoir, l'orthophoniste s'adresse à un enfant dans sa singularité et dans la particularité de sa pathologie. L'orthophoniste n'a pas pour objectif de faire apprendre des notions à un enfant, et une séance d'orthophonie n'est pas un cours (ce vocable revient pourtant souvent dans la bouche des parents, comme des enfants suivis en orthophonie !). Au cours de son cheminement singulier face aux codes, contraintes, règles linguistiques, l'enfant aura à trouver un sens au langage, à établir des liens entre les différents éléments du langage. C'est à cette tâche que s'attellera l'orthophoniste avec lui : l'étayage du thérapeute va en effet aider l'enfant à découvrir comment il peut de saisir des codes pour trouver une logique. Ordonner le langage par le

langage, c'est cette démarche qui amènera l'enfant à construire ses propres stratégies, nécessaires à ses apprentissages scolaires.

Les aspects pédagogiques de la rééducation orthophonique (dont C. Chassagny dit que le thérapeute ne se départit jamais complètement) (C. Chassagny « Pédagogie Relationnelle du langage », 1985 p.20), ne pourront donc être opérants qu'à partir du moment où les rapports de l'enfant au langage sont empreints de sens, et où l'enfant peut établir des liens. Sans ce préalable, les outils pédagogiques ne seront qu'un plaquage asséné à l'enfant, qui ne saura qu'en faire, ni comment s'en saisir.

1.3 Dans le champs de la psychothérapie

Parce que le langage est directement corrélée à la construction du Moi et à la dimension symbolique, l'orthophonie (qui traite des troubles du langage) est confrontée à la question psychique.

Considérer le langage non seulement dans sa fonctionnalité de communication, mais également comme une question posée par la psychanalyse, permet d'exercer notre métier de soin en tenant compte du patient dans toute sa complexité, et d'élaborer une rééducation orthophonique fondée sur une clinique du sujet .

Pour l'orthophoniste, il n'est nullement question d'analyser les failles psychiques qui ont conduit aux failles de langage, mais bien de ramener le sujet (ou amener le sujet) à un rapport au langage suffisamment empreint de sens, fluide et efficient, pour transmettre un message, une pensée.

D'autre part, on retrouve dans la prise en charge orthophonique des phénomènes transférentiels, de même qu'au cours d'une cure analytique, ou d'une psychothérapie. L'orthophoniste n'a pas vocation à faire du transfert un outil de résolution des conflits intra-psychiques, mais il est nécessaire qu'il garde à l'esprit la présence de cette dimension dans sa pratique.

Ainsi, une certaine connaissance des théories psychanalytiques peut permettre à l'orthophoniste d'exercer sur le tableau clinique du patient, pris dans sa pathologie, un regard plus nuancé, plus complexe et plus riche. Une observation fine des phénomènes de transfert étudiés par la psychanalyse, l'aide en outre à ajuster la relation thérapeutique à la singularité du sujet dont il assure le suivi. En revanche, à la différence du psychothérapeute, l'orthophoniste ne travaille pas sur le transfert mais avec lui ; il s'y adosse pour amener le patient à amorcer un mouvement dans son rapport au langage, qui lui permettra d'investir les outils de la rééducation.

On retrouve cette intégration de la dimension psychique à la pratique orthophonique dans plusieurs définitions de l'orthophonie :

« Dans l'exercice de son activité, l'orthophoniste prend en compte les dimensions psychologique, sociale, économique et culturelle de chaque patient à tout âge de sa vie » Arrêté du 25 avril 1997 (formation initiale) – extrait :

« L'orthophonie est une profession de soin qui a la particularité d'agir sur et par le langage. Ce n'est pas le langage comme outil de communication et d'information qui est prioritairement notre objet, mais le langage dans sa puissance d'évocation, comme passage obligé pour la structuration de l'être parlant dans sa singularité et sa créativité. » (définition donnée par la FOF)

« L'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment :

-dimensions linguistiques : préverbales, articulatoires, phonologiques, prosodiques, lexico-sémantiques, morphosyntaxiques, mais aussi habiletés discursives et pragmatiques, notamment dans la distinction énoncé/énonciation, ...
-dimensions cognitives dépendantes des fonctions mnésiques, des fonctions exécutives, du raisonnement, des ressources attentionnelles et des cognitions sociales,
-dimensions psycho-affectives : le langage comme organisateur de la pensée et du psychisme,
-dimensions sociales : le langage comme vecteur de la socialisation et repère d'identité culturelle. » (définition de la FNO en référence au BO N° 32 du ministère de l'Education et de la Recherche du 5 septembre 2013)

2. La pratique orthophonique : dimension subjective et dimension objective

La dimension objective est donnée par les éléments chiffrés du bilan étalonné. Ils sont relatifs à la pathologie du sujet à un instant *t*.

L'orthophonie relève du soin, mais pas uniquement de celui-ci, c'est précisément pour cette raison que la dimension objective et technique seule ne suffit pas à l'action thérapeutique. En effet l'orthophoniste interagit avec un sujet et non avec une pathologie à réparer. Geneviève Dubois dit que « L'enfant fait avec le rééducateur une rencontre privilégiée, dans un lieu et un temps qui lui sont réservés » (G.Dubois « L'enfant et son thérapeute du langage »,2001) *;* cette rencontre peut se faire ou pas, mais en tout état de cause, la question du sujet se pose ici dans toute son ampleur et sa complexité. Dès lors que nous envisageons la relation comme un paramètre fondamental de la dimension thérapeutique, nous ne pouvons réduire notre réflexion à la notion d'empathie, nécessaire mais non suffisante. Car le langage n'est pas qu'une affaire de communication et d'efficacité de l'échange ; il en appelle à la parole d'un autre, parole inscrite dans une histoire à la fois individuelle et collective ; le langage est porteur d'un message qui traverse l'être humain : une mémoire qui fait qu'il ne s'apprend pas mais se transmet. Le langage réveille –et révèle- une dimension qu'Emmanuel Lévinas nomme la « transcendance comme question à l'autre et sur l'autre » (E. Lévinas, « Altérité et transcendance », 1995, p.12).

La question du sujet pourrait à elle seule faire l'objet d'un travail de réflexion et de recherche, et nous ne pouvons ici que l'évoquer sans la développer. Notons simplement, pour ce qui revient à la pratique orthophonique, que si les neurosciences fournissent des modèles de la relation et des fonctions langagières en s'appuyant sur des bases physio-anatomiques et fonctionnelles, la pratique clinique ne peut se réduire à cette modélisation.

Et l'orthophoniste, entre les besoins de communication, les explications scientifiques et les élaborations psychanalytiques, a à tisser une œuvre singulière avec un patient singulier, selon un axe théorico-clinique rigoureux et en constante évolution.

3. Pratique orthophonique et place des parents

Comme toute pathologie, les troubles du langage (pas seulement les troubles développementaux) supposent des enjeux conscients et inconscients, pour l'enfant comme pour ses parents. Il en découle un impact sur la qualité de la relation parent- enfant. Les parents prenant peu à peu conscience de l'écart entre leur enfant et l'enfant idéal qu'ils avaient imaginé doivent faire face à une « blessure narcissique » devant laquelle plusieurs réactions défensives peuvent se présenter. On retrouve un « clivage entre réel et idéal » (LucVanden Driesche, 2009), qui met en évidence la fragilité parentale : face à leur enfant handicapé - comme face à un enfant aux prises avec un trouble du langage - les parents se trouvent potentiellement mis en situation d'échec. Ils sont poussés à développer un intense travail psychique autour des représentations qu'ils ont de leur enfant.

La rencontre avec l'orthophoniste et la demande des parents (et/ou de l'enfant) place l'orthophoniste entre l'enfant et ses parents. Trait d'union qui va devoir mettre du sens à ce qui peut être (le plus souvent inconsciemment) chaotique chez les parents. L'orthophoniste va devoir expliquer (en s'appuyant sur les données du bilan et sur son observation aigue des éléments cliniques) la nature des difficultés de leur enfant, relever ses compétences sans pour autant prendre le rôle d'aidant à la parentalité. Il ne s'agit pas pour l'orthophoniste de guider les parents dans leur fonction de parents, mais, en centrant son regard vers l'enfant, d'apaiser les tensions induites par une angoisse inconsciente, dont l'enfant pourrait (ou a pu) pâtir. Ainsi, le thérapeute, à travers son propre regard dégagé des projections parentales et des mécanismes de défenses face à l'angoisse et à la blessure narcissique, amène les parents à porter un regard nouveau sur leur enfant, « Ce nouveau regard est une conquête permanente. (…) Notre regard de thérapeute revalorise l'enfant et le restitue dans une relation d'amour possible et réaménagée avec ses parents » (Dubois, 2001 p. 120*)*

Citons également à ce sujet les résultats d'une étude qualitative menée avec 5 enfants dyslexiques en 2006 par V. Lambert, P. Cole, et Y. Rey, qui conclue : « La représentation familiale du trouble dyslexique, associée au système de croyances partagé par la famille, déterminerait l'implication des parents et de l'enfant dans la rééducation, et par conséquent la progression de la prise en charge. D'où l'importance d'une prise en compte du système de croyances familiales et de son évaluation ».

CHAPITRE 2 : LE LANGAGE

I. Aspects linguistiques, pragmatique du langage

Dans un contexte neurocognitif, où la relation trouve-t-elle sa place au sein d'une évolution du bébé, au sein d'un groupe social, et au-delà, dans la lignée de l' « hominisation » (terme emprunté à la paléoanthropologie) ? Qu'en est-il du langage ? Du point de vue des neurosciences, la question du langage touche essentiellement à la fonction de communication rendue nécessaire par l'existence même d'un groupe social, elle est fortement associée à la fonction de cognition. Pour la linguistique, c'est une capacité complexe qui revêt un versant d'expression et de compréhension, ainsi que l'intégration d'un code, permettant au message de circuler depuis un émetteur à un récepteur. La psychanalyse, elle, intègre le langage dans un processus d'individuation, qui, à travers l'accès à la différentiation moi / non-moi et sa représentation psychique, fait entrer le sujet dans le champ du symbolique.

1. Les universaux du langage

Il n'est pas question ici de faire une étude approfondie de linguistique, mais seulement de jalonner notre réflexion de quelques éléments éclairants, qui lient langage et relation intersubjective. Nous renverrons donc le lecteur aux travaux des auteurs cités dans les lignes qui suivent.

Selon les linguistes, le langage est un système fini d'unités linguistiques appelés signes, et comportant un signifiant et un signifié. Pour Benveniste, le langage représente la forme la plus haute d'une faculté (…) à symboliser », c'est-à-dire à représenter le réel par un signe, et de comprendre ce signe comme représentation du réel. « C'est dans et par le langage que l'homme se constitue comme sujet » (Benveniste « Problème de linguistique générale » 1976, p.259)

Saussure précise que le signe linguistique est une « entité psychique qui unit un concept et une image acoustique ». Il est arbitraire, conventionnel, réglé socialement et nécessaire pour le sujet parlant, car une notion ne peut exister que si elle est perceptible, et pensable de manière réflexive. Le langage revêt donc cette faculté spécifiquement humaine d'accès à une représentation de la représentation. C'est en cela que le langage ne peut se réduire à une fonction de communication, mais contient en lui les conditions d'accès au symbolique (penser *et* penser la pensée). Néanmoins, le langage fait lien entre les différents usagers d'une même langue, organisée selon un axe paradigmatique contenant les éléments lexicaux d'une même catégorie entretenant une relation de similarité, et soumis à un choix de la part de l'usager, et un axe syntagmatique qui répond à des règles précises de concaténation des différents choix (syntaxe) selon une relation de contigüité.

Chömsky envisage les rapports de l'usager au langage selon 3 notions qui permettent de conceptualiser une grammaire universelle :

la compétence linguistique (« capacité qu'a le locuteur (…) d'associer sons et sens en accord strict avec les règles de sa langue »),

la compétence non linguistique (qui permet à l'émetteur comme au récepteur d'utiliser l'ensemble de leur savoir culturel, idéologique etc, sur le monde, leur système d'interprétation, et un référentiel commun),

la performance (c'est l'utilisation du message), et la créativité (à l'intérieur d'un cadre déterminé par les contraintes syntaxiques et sémantiques d'une langue, le langage est créateur, ne dépend d'aucun stimulus externe, et ouvre des possibilités sans limite)

Jakobson définit 6 éléments de communication et 6 fonctions du langage :

- l'émetteur,
- le récepteur,
- le canal (voie empruntée par le message pour circuler entre émetteur et récepteur ; il peut être visuel, auditif, tactile…),
- le code (ensemble de signes organisés selon un système partagé par une même communauté linguistique),
- le contexte (c'est ce sur quoi porte le message),
- et le message lui-même (« ensemble fini et adressé d'éléments porteurs d'informations »).

Chacun de ces éléments est selon Jakobson, lié à une fonction de communication :

- la fonction référentielle transmet l'information
- la fonction expressive ou émotive, permet à l'émetteur d'exprimer par des traits suprasegmentaux un état ou une intention, coloré affectivement
- la fonction conative cherche à avoir un effet sur le récepteur
- la fonction phatique maintient le contact entre les locuteurs
- la fonction poétique considère le message comme objet, par des procédés de forme, tel que rimes, allitérations, etc
- la fonction métalinguistique, capacité, donnée par la langue, à pouvoir expliquer ses propres codes avec son propre lexique. C'est la seule fonction inséparable du langage, spécifiquement humaine, car elle renvoie à la réflexivité de la pensée.

Ces fondamentaux de la linguistique, ont amené certains chercheurs, linguistes et psycholinguistes à approfondir l'aspect communicationnel du langage, dans la pragmatique de celui-ci, aux frontières des neurosciences.

2. Pragmatique du langage, notions de base

Charles Pierce (1834-1914) est un des précurseurs de la pragmatique du langage. Il met l'accent sur l'activité sémiotique de l'homme dans le but d'une action pratique : le sens est fonction de l'usage ; l'idée de la pragmatique est que la pensée ne saurait jamais aller au-delà d'une connaissance dirigée vers une action concrète déterminée par l'usage.

Pour la pragmatique, il s'agit d'analyser les données présentes dans une situation de communication efficace en contexte social. Ces données intègrent d'un côté le contexte

d'énonciation, et les phénomènes de présupposition, et d'un autre côté, la distinction entre le sens pour le locuteur et le sens proprement linguistique des énoncés. Cette branche de la linguistique fut l'objet d'étude et de théorisation de Grice aux Etats Unis et Ducrot en France dès 1973.

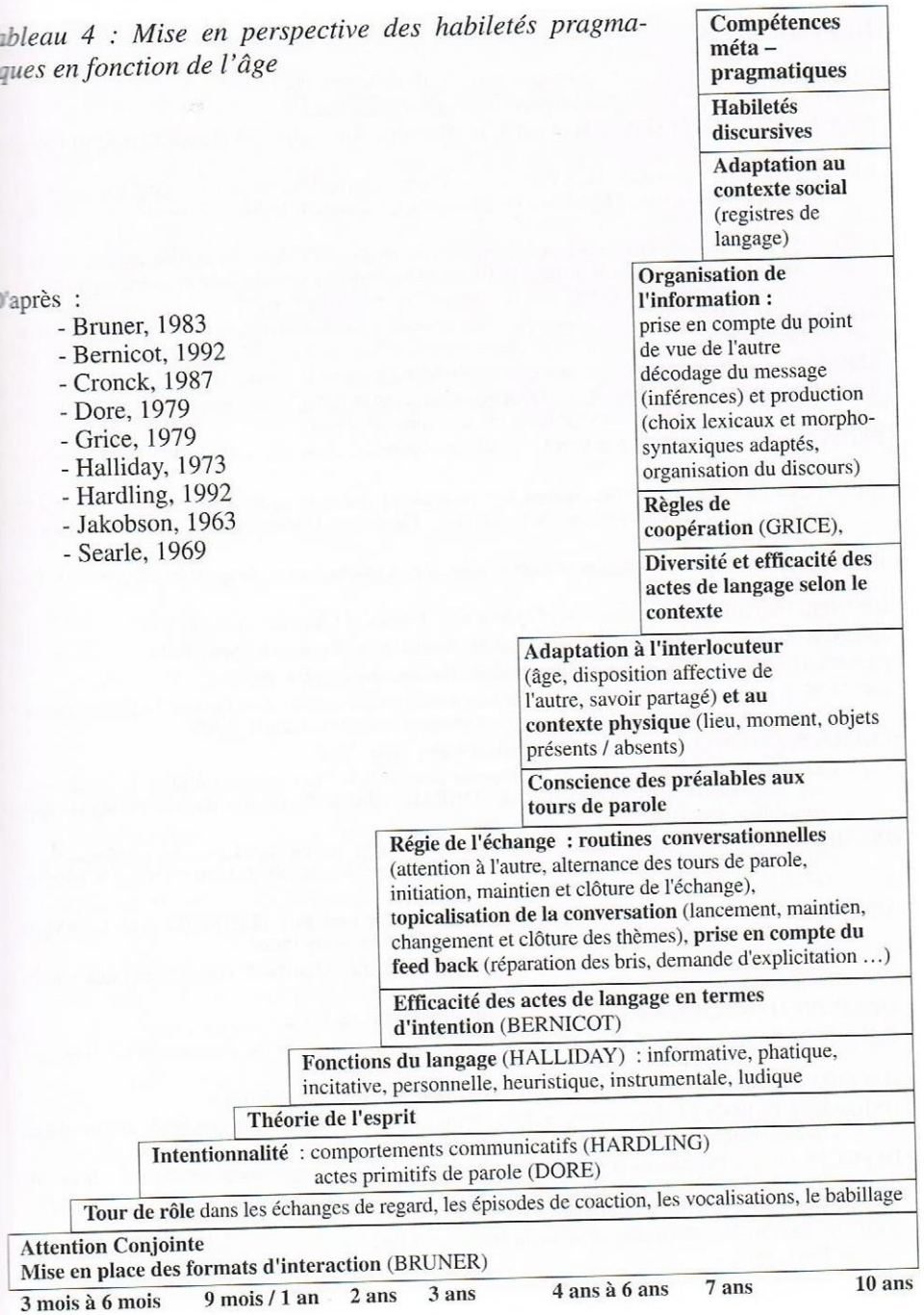
Aujourd'hui, le rôle du contexte dans la communication, et la cognition, et celui des interactions sont au premier plan de la recherche de modèles formels d'interaction (Trognon et Coulon. 2001).

Du côté des linguistes, Benveniste distingue clairement au sein de la communication, l'énoncé de l'énonciation (acte par lequel on produit l'énoncé), ainsi que l'énonciateur qui le produit, et le destinataire, à travers l'acte de compréhension du message. Ces différents actes de langage sont développés aussi dans les travaux d'Austin. Il apparait que la communication est faite d'actes de langage explicites et implicites.

Les habiletés pragmatiques peuvent être synthétisées par le tableau ci-dessous de mise en perspective :

Tableau 4 : Mise en perspective des habiletés pragmatiques en fonction de l'âge

D'après :
- Bruner, 1983
- Bernicot, 1992
- Cronck, 1987
- Dore, 1979
- Grice, 1979
- Halliday, 1973
- Hardling, 1992
- Jakobson, 1963
- Searle, 1969



25

3. Les précurseurs de la pragmatique

Nous avons vu plus haut à quel point la communication est présente dès la naissance, comme un besoin et une demande du bébé, au contact de son environnement. Ce qui importe, c'est que l'adulte interprète régulièrement les sons et les gestes du bébé, pour leur donner une valeur communicationnelle. Les travaux d'Adamson et Chance (Adamson & Chance, 1998) tendent à prouver que selon le contexte, le bébé va maintenir un contact, signe d'interaction, marquant sa capacité d'attention conjointe.

Ainsi, les gestes, les cris, les sourires (et notamment l'apparition du sourire adressé), l'imitation, l'attention conjointe, le pointage apparaissent comme des précurseurs au développement du langage, étroitement liés à l'émergence des précurseurs pragmatiques. Dès que l'enfant sera apte à s'engager dans la communication, on va voir apparaitre le tour de rôle, l'intérêt au jeu présent, le contact visuel établi, puis l'alternance du regard entre le partenaire qui parle et l'objet/ jouet suscitant l'intérêt (ce dernier précurseur semblant être déterminant), la référence conjointe, autant de signes essentiels à la transition vers un langage articulé et dirigé vers l'échange intentionnel (Tomasello 1995, MC Cathreen et al. 1996).

Les précurseurs pragmatiques peuvent être résumés par le schéma suivant :

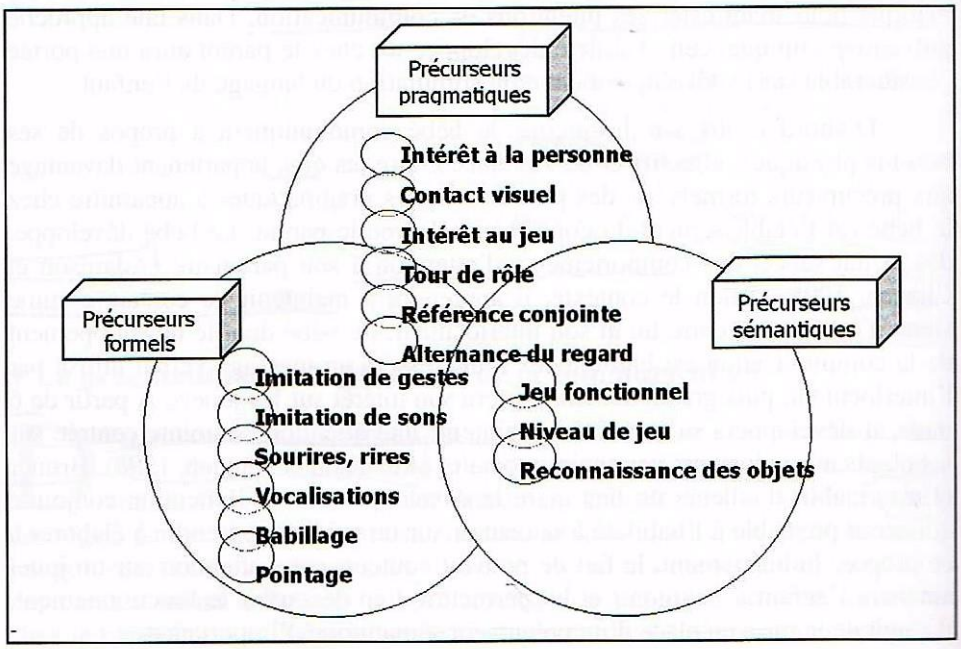


Schéma : les précurseurs de la communication
Les précurseurs pragmatiques servent de plateforme à l'émergence des précurseurs formels et sémantiques dans le développement d'une véritable communication.

II. Aspects neurologiques et cognitivistes du langage

Aujourd'hui, les travaux en neuro sciences, orientent leurs recherches autour de modélisation des fonctions. Pour ce qui est du langage, les systèmes en jeu sont le système auditif, la boucle audio-phonologique, et le système lexico-sémantique, corrélé au système mnésique pour le stockage et la récupération du lexique. Ce modèle est activé de façon séquentielle, et implique des structures anatomiques connectées en réseaux.

S'appuyant sur l'imagerie médicale fonctionnelle, on retrouve dans le modèle cognitiviste les aires de Broca et Wernicke, dévolue historiquement au langage, mais avec des modalités de fonctionnement plus complexes et nuancées que ne l'envisageaient les neuroscientifiques du début de XXème siècle. En effet, l'aire de Broca, dans sa partie postérieure serait impliquée dans le traitement des données phonologiques en production de langage, tandis que la partie antérieure du gyrus frontal inférieur serait davantage impliqués dans les aspects sémantiques du langage (leur sélection et leur manipulation). L'aire de Broca participerait donc à la mémoire verbale. Quant à l'aire de Wernicke, sa proximité avec l'aire auditive primaire, mais aussi les gyrus angulaires et supra-marginalis, place cette zone au carrefour d'un réseau neuronal riche, qui fait intervenir différentes fonctions corticales. Ainsi, cette région devient une région associative multimodale, recevant des inputs à la fois auditifs, visuels, et somato-sensoriels, et développant des faisceaux de neurones idéalement placés pour traiter les aspects phonologiques et

sémantiques du langage, ainsi que l'identification et la catégorisation des objets. Les travaux de Marsel Mesulam dans les années 1980, portant sur une classification des aphasies, établissent qu'il existe un circuit du langage entre 2 épicentres du traitement sémantique, un pour traiter les formes simples (séries automatiques), aires motrices et pré-motrices et un pour les paroles plus étendues. Ces 2 pôles, selon Mesulam, seraient ensuite en réseau avec d'une part le système para-limbique donnant accès à la MLT et au système émotionnel, d'autre part le gyrus frontal inférieur participant au traitement sémantique. Les aires de Broca et Wernicke entretiennent donc entre elles des connexions très fortes, où converge de l'information en provenance de zones différentes du cortex. (Catani et al. en 2005) Ces zones de convergence seraient organisées en assemblées de neurones, et l'influence épigénétique aurait une grande place dans le choix sélectif des réseaux actifs, dirigés vers une tâche spécifique (traitement phonologique, sémantique, encodage ou décodage, programmation des schèmes articulatoires adhoc…). Ainsi, les régions de haut niveau d'intégration sont plus hétérogènes que les fonctions primaires, reflétant une grande sensibilité aux variations de l'environnement et au phénomène de plasticité cérébrale.

D'autres études (Browner et al. 1986 ; Malloy et al. 1990) montrent en outre l'implication de l'hémisphère cérébral droit dans le langage, et en particulier dans l'aspect conversationnel et pragmatique du langage. L'hémisphère droit jouerait un rôle majeur dans la compréhension non littérale du langage (organisation du discours, utilisation de la métaphore, gestion de l'implicite du second degrés, interprétation de la prosodie…)

Mais comme nous l'avons déjà évoqué, si le langage existe et se justifie par notre vie en communauté, il ne peut en aucun cas se réduire à une fonction de communication entre individus. Il appelle une réflexion philosophique, qui rejoint ce qu'en dit la psychanalyse, et qui se tisse autour de trois notions : l'identification et l'avènement de la pensée, l'altérité, l'ordre symbolique.

III. Aspects psychanalytiques du langage

Pour les penseurs grecs de l'antiquité, toute idée ne peut s'exprimer que par le langage. Pas de pensée sans les mots, c'est-à-dire des signes porteurs de sens. En somme, le langage permet de produire non seulement une évocation descriptive du réel, mais aussi une pensée, qui elle-même produit du langage. Il est donc au centre d'une activité de l'intellect propre à l'Humain. Rousseau, dans « Essai sur l'origine des langues » (Jean-Jacques Rousseau, 1781) distingue un langage fait de cris pour exprimer les besoins, puis fait de phrases brèves pour exprimer les passions, enfin, un langage fait de phrases en lien les unes avec les autres, qui dénote l'apparition de l'abstraction et des idées, un langage en lien avec la raison (chère aux philosophes des Lumières). Avec Vygotski vient l'idée que le développement intellectuel dépend du groupe social, plus que d'une fonction individuelle. Le langage égocentrique de l'enfant est d'abord social, puis il se transforme en langage intérieur, qui permet le fonctionnement de la pensée. Idée diamétralement opposée à la théorie avancée par Piaget.

Dès lors qu'il existe un lien étroit entre pensée et langage, et que comme la linguistique nous a invité à l'appréhender, le langage répond à une organisation rigoureuse, il est intéressant de se demander si la pensée ou plus exactement ce qui la sous-tend, l'inconscient, suit ces mêmes règles. J. Lacan, se penche sur les rapports entre linguistique et inconscient et affirme en s'appuyant sur Saussure, « l'inconscient est structuré comme

un langage ». (J. Lacan « Fonction et champs de la parole et du langage » in Ecrits, 1966) Il répond à un système de signifiants et de signifiés, utilisant des rapports de métonymies ou de métaphores. Ainsi pour Lacan, le signifiant est du domaine du symbolique, c'est la trace porteuse de sens dans l'inconscient, tandis que le signifié est du domaine de l'imaginaire, ce à quoi renvoie la trace comme affect. Quant au référent, il est du domaine du réel, du factuel. Il apparait donc pour la psychanalyse lacanienne que l'important n'est pas le discours mais la forme qu'il prend, car c'est sa structure qui nous renseigne sur les processus inconscients, c'est parce qu'il est structuré comme un langage que l'inconscient peut être décodé à travers la parole. « Tout acte manqué est un discours réussi » dit J. Lacan. Et il en est de même pour le symptôme, qui, construit par des jeux d'associations est porteur d'une vérité accessible par la technique d'associations libres. Lacan précise : *« s'il (le symptôme) nous a appris à suivre dans les textes des associations libres la ramification ascendante de la lignée symbolique, pour y repérer les nœuds de sa structure, le symptôme se résout tout entier dans une analyse de langage, parce qu'il est lui-même structuré comme un langage »*. Il est donc nécessaire pour le thérapeute de donner au symptôme la possibilité, le temps de se déployer, de se déplier plutôt que de tenter de le réduire (ce qui reviendrait à baillonner une parole), afin qu'il puisse être lu.

Lire et décoder le symptôme, c'est donc s'engager dans une traduction où sont en jeu des représentations. Lacan écrit encore : « La fonction du langage n'est pas d'informer mais d'évoquer » (J. Lacan, Ecrits, 1966, p.299), laissant une certaine mouvance pour le récepteur du message dans sa traduction. Le problème du langage est en effet de se faire « écho d'autre chose ». C'est ici, nous dit André Green, que « se nouent les rapports du langagier avec le pulsionnel ». Nous l'avons vu plus haut, ce qui marque l'entrée dans le langage, c'est la capacité de représentation, c'est-à-dire l'accès à l'ordre symbolique, au moment où s'achève le stade du miroir, avec la formation de la fonction du Je. En réalité, il s'agit là d'un type de représentation qui est la représentation de mot. Or en amont de cette représentation, il existe dans le développement psychique de l'enfant un autre type de représentation qui est la représentation de chose. Freud utilise ces termes de façon distincte dans ses textes métapsychologiques, et rapproche la notion la représentation de chose de celle de traces mnésiques. Elle s'origine dans les processus primaires qui caractérisent le système inconscient tandis que les processus secondaires, rapportés à la notion de représentation de mot caractérise le système préconscient et conscient. D'un point de vue économico-dynamique, dans les processus primaires, les représentations sont attachées aux expériences de satisfaction et on passe d'une représentation à l'autre par métonymie. Dans le cas des processus secondaires, les représentations sont investies de façon plus stable, l'appareil psychique exerce un certain contrôle sur les motions pulsionnelles, ce qui permet de différer le plaisir ; on quitte alors le principe de plaisir pour entrer dans le principe de réalité. Ce type de représentation lie la verbalisation et la prise de conscience, l'image verbale (signifiant) à un indice de sens, de signification, et les signes sont alors dans des rapports de métaphore. Le passage de la représentation de chose à la représentation de mot se superpose au passage de l'identité de perception à l'identité de pensée. Ainsi S. Freud précise : « La représentation consciente englobe la représentation de chose plus la représentation de mot, tandis que la représentation inconsciente est la représentation de chose seule » (Freud, « L'inconscient » 1915, cité dans Vocabulaire de la psychanalyse J. Laplanche et J. B. Pontalis, p.148). On sent bien ici que le développement du langage comme support à la pensée et génératrice de celle-ci se trouve au sein même de ce passage, dans une dynamique entre processus primaire et processus secondaire. Et que de là vont découler des symbolisations possibles, qui permettront à l'enfant de délier une distance entre lui et les choses, l'expérience de l'altérité. Toute activité de symbolisation a le

langage pour médium. Mais A. Green distingue cependant deux types de symbolisation (directement issues des deux types de représentation) (André Green lors du congrès des psychanalystes de langue française, le 19 mai 2007) la formation du symbole, qui s'origine dans les processus primaire, et la fonction symbolique, qui se met en œuvre dans les processus secondaires. Ce qui induit qu'il existerait des processus de symbolisation qui précèdent le langage. On retrouve ici une idée avancée par Lacan, qui précise (J. Lacan, 1981), qu'avant le langage articulé, l'alternance du vocal connote la présence et l'absence, et que ce signifiant pré langagier est fondateur de l'ordre symbolique, en ceci qu'il ouvre à l'historicité du sujet.

Notons, en faisant référence à Gérard Granel (cité par Jean Lacroix dans « Ecriture et métaphysique selon Jacques Dérida »,1966), que la voix, la musicalité, le rythme, la prosodie dans le discours, présents dès le babil et les vocalisations du bébé comme moyen de communiquer un besoin, relèvent (ou portent en germe) d'une certaine représentativité, car ces éléments sont porteurs de sens, et ouvrent à l'altérité. Sur la notion de représentation, André green va reprendre la théorisation de Freud, et introduit la notion de tiercéité (A. Green, 2011).

Ici Green se réfère à Peirce, dont la théorie triadique (Pierce, théorie du sens : la sémiotique s'organise entre un signe matériel, un objet de pensée, et un interprétant qui a pour fonction d'élaborer une représentation entre le signe et l'objet) permet de saisir le statut de l'inconscient. Une déclinaison de cette triade se retrouve, selon Green dans la clinique : Les relations duelles sont propres à alimenter des interprétations, sans favoriser le mouvement ascendant vers le symbolique. La tiercéité, a contrario signale le hors-champs, s'abstrait de l'ensemble des signifiants amenés par le symptôme, ce qui ouvre vers une articulation possible des signifiants pour accéder au sens. Le tiers brise la symbiose du double, de la dualité, et ouvre l'espace de la symbolisation. Ainsi l'altérité est à distinguer nettement de la dualité, elle s'inscrit dans une dynamique qui appelle un espace de symbolisation, le tiers (c'est-à-dire la position thérapeutique, et non le thérapeute). C'est de cet espace de symbolisation que le thérapeute du langage aura à se saisir pour animer la dynamique qui permettra à l'enfant en difficulté de langage, de travailler sa capacité de représentation pour modifier son rapport au langage. Situer l'intervention de l'orthophoniste dans cet espace, c'est amener l'enfant à sortir de la relation duelle symbiotique, horizontale entre lui et les choses, pour accéder à une dimension verticale qui est celle de l'ordre symbolique, et qui injecte du sens. C'est dans cet espace que vont œuvrer les médiateurs thérapeutiques.

CHAPITRE 3 : LA MEDIATION

I. Distinguer pratique orthophonique et pratique psycho thérapeutique

1. Notion de symptôme

Le dictionnaire Larousse donne du symptôme la définition suivante : « Terme de médecine. Phénomène qui révèle un trouble fonctionnel ou une lésion ». Le symptôme est donc un révélateur, un signe qui indique que « quelque chose ne va pas ». La psychanalyse renvoie la notion de symptôme au non manifeste (inconscient) de la maladie. Freud dit du symptôme qu'il signe une motion pulsionnelle frappée de refoulement « *Le Moi, par le refoulement obtient que la représentation porteuse de la motion désagréable soit empêchée de parvenir à la conscience. »* (S. Freud, 1926). Le Moi tend à incorporer le symptôme à son organisation, pour en supprimer le caractère étrange, et la formation de ce symptôme trouve son moteur dans une angoisse du Moi face au Surmoi (organisation névrotique). Le symptôme apparaît selon Freud comme un mécanisme de défense contre l'angoisse de castration. Et la médiation thérapeutique peut alors s'offrir comme une alternative à la mise en scène somatique du trouble, ou comme une alternative à un agir immédiat, court-circuit de la pensée.

Dans la pratique orthophonique, cet éclairage est intéressant, mais il n'est qu'un éclairage, qui aide à comprendre la complexité des phénomènes sous-jacents au langage et à ses pathologies. L'objectif que nous poursuivons n'est pas, en effet d'agir sur une organisation pathologique du Moi, mais sur une pathologie du langage. Et même si, comme nous l'avons développé plus haut, l'organisation du langage interagit intimement avec les mouvements psychiques, il s'agit pour l'orthophoniste d'amener le patient au maniement d'un langage qui permet la pensée, la pensée de la pensée, et les échanges interpersonnels. Néanmoins, ce que les deux pratiques peuvent avoir en commun, c'est une approche du sujet par le biais du symptôme: le symptôme reste une porte d'entrée vers une organisation dysfonctionnelle, un système qu'il s'agit de comprendre. Tant que le système ne sera pas réaménagé, le symptôme sera nécessaire. L'orthophoniste thérapeute du langage va donc non pas s'attaquer au symptôme, mais se servir de lui pour accéder à l'organisation pathologique du langage d'un sujet. Il aura à l'analyser, par une observation clinique intense et approfondie, qui commence au moment du bilan

2. Bilans

Sur ce point encore, la pratique orthophonique diffère de la pratique psychothérapeutique. En effet, les bilans orthophoniques, et en particulier les bilans de langage (oral ou écrit) intègrent des données quantitatives issues d'épreuves spécifiquement centrées sur les paramètres propres au langage (expression, compréhension, distinction articulation/parole/langage, lexique, syntaxe, types d'erreurs…). L'anamnèse et les observations cliniques menées en parallèle des tests quantitatifs amènent l'orthophoniste à naviguer entre les aspects manifestes et les aspects latents de la symptomatologie. Ces éléments viennent ainsi étayer et préciser des pistes thérapeutiques qui seront à déterminer dès le bilan pour orienter un travail rééducatif spécifiquement orthophonique. Là encore

une distinction des conduites à tenir doit se faire : la rééducation est en effet exclue de la prise en charge psychothérapeutique.

3. Outils

Les outils utilisés par le rééducateur pourront être très différents selon l'orientation et le but recherchés. Certains optent pour un matériel visant d'emblée à réduire le trouble, par des exercices spécifiques, dans une optique de fonctionnalité du langage en première intention. D'autres utiliseront un matériel qui mettra à distance ces outils-là, afin de « s'écarter momentanément du symptôme » (C.Chassagny « Pédagogie relationnelle du langage », 1985 p.18). Ainsi en va-t-il de l'usage des médiateurs thérapeutiques comme le dessin, le conte, la lecture à l'enfant, le jeu symbolique (« playing », par opposition à « game », *cf Winnicott*), l'expression corporelle ou artistique – surtout utilisé en institution- : ces médiateurs constituent le support d'une rencontre avec l'enfant, sans enjeu ni demande, ni évaluation de quelque performance. Ce qui prévaut ici en première intention c'est l'idée de gratuité. Ils permettent de respecter l'écart qui existe -écart conceptuel- entre des performances langagières attendues à un âge ou un niveau scolaire donné, et une véritable appropriation du langage. Ce support sera celui d'une conciliation du langage de l'enfant avec celui de l'adulte présent avec lui. Evelio Cabrejo-Perra psycholinguiste-psychanalyste écrit: « Les mots sont des supports que la psyché cherche pour mettre en scène ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même, permettant de signifier l'existence d'un être-langagier sous la forme d'un sujet de l'énonciation » (« Du jasis à la parole, acquisition du langage », actes de colloque du 6 mars 2004) La mise en mots prend appui sur les médiateurs, créateurs de situations de langage. R. Diatkine ajoute : « je pense qu'apprendre à un enfant à jouer avec ses représentations, c'est-à-dire à jouer avec le langage, c'est le mettre dans une situation où il peut avoir des activités psychiques gratuites » (op.cit p.60). En cela, ces outils sont communs à la prise en charge psychothérapeutique. Ils constituent un terreau favorable à la construction d'un lien transféro-contre transférentiel et s'inscrit dans le temps. Chassagny appelle cette phase de la prise en charge la *Station.* (C. Chassagny, 1985, p.78). Au cours de cette phase, se constitue un cadre où se développent les conditions primordiales d'une dynamique dans le rapport de l'enfant au langage, par la présence du tiers. Cette dynamique participe d'une maturation, amenant l'enfant à se saisir des éléments d'apprentissage et à s'approprier les règles de la langue. « (…) à une époque où le besoin de résultats immédiats pousse à vouloir réduire le sujet à son trouble, c'est au contraire en le (l'enfant) regardant dans la globalité de sa personne que nous lui montrerons que le savoir est à prendre » (Serge Boimare, préface de l'ouvrage « L'enfant et le savoir, d'où vient le désir d'apprendre ? » 2012 p.10). C. Chassagny écrit aussi « Il (le rééducateur) ne renonce jamais aux conduites pédagogiques, mais il ne les systématise pas ». (C. Chassagny , 1985 p.20)

II. Les médiateurs

1. Définir les notions

1.1 Notion de médiation

La médiation thérapeutique se définit comme une pratique où le thérapeute a recours à un objet extérieur, animé ou non (dessin, pâte à modeler, peinture, jeu « playing », atelier d'écriture, de théâtre, de contes, animal …) qui repose sur un cadre suffisamment constant et sécure, pour permettre l'actualisation et le déploiement de la problématique du sujet autour du langage.

Claude Chassagny considère le médiateur comme un outil qui permet à l'enfant de vivre une progression qui le préparera à l'écriture (op. cit p.68). « Dessiner, manipuler, modeler, c'est dire quelque chose : nous sommes déjà dans le pré-symbolisme. » Cette idée qu'il faut approcher les troubles du langage par une voie indirecte est reprise par Laurence Lentin dans « Du parler au lire », où l'auteur considère que pour rendre au langage sa fonction de communication, il faut qu'une interaction s'établisse de façon stable et sécure entre l'enfant et l'adulte : « Ce qui saute aux yeux quand on observe un bébé, c'est qu'il apprend à parler en parlant avec un parleur sachant parler », et non en appliquant des règles relatives à la langue ,qui seraient nécessaires et suffisantes pour répondre à une situation de communication .» (Laurence Lentin « Du parler au lire »,1990 p.53) Elle ajoute que devant un trouble du langage, le retour à la fonctionnalité suppose de retracer le cheminement de construction, en plaçant l'enfant dans des situations où il est amené à construire un langage avec l'autre. Le médiateur apparaît ici comme un outil de mise en situation pour la construction d'un langage fonctionnel. Il y a là des occasions d'expériences multiples, à partir desquelles quelque chose peut s'élaborer du côté de l'enfant, quelque chose de la structure du langage qu'il peut alors s'approprier par la multiplicité des expériences qu'amènent ces situations naturellement écologiques, et non par la répétition d'une expérience unique (exercice formel) plus ou moins artificielle et systématisée jusqu'à automatisation de la règle syntaxique et/ou phonologique. Ainsi, DES expériences multiples créent une approche multidirectionnelle, et des situations d'apprentissage diversifiées, impliquant autant de modalités de construction vers une authentique appropriation du langage

La médiation est héritière du rêve, elle brouille les frontières pour mieux les (r)établir, et le thérapeute a à rejoindre l'enfant dans un espace de rêverie et de construction fantasmatique, ou à créer avec lui cet espace, que Winnicott nomme « espace transitionnel ».

En définitive, le concept de médiation n'existe pas en soi, il est une extension des notions d'objet et de phénomènes transitionnels.

1.2 Notion de phénomènes transitionnels

C'est Donald Winnicott qui amène cette notion. Il définit l'espace transitionnel comme « une aire neutre d'expérience (…) qui se situe entre la réalité partagée et le vrai rêve. »

(Winnicott « Jeu et réalité » 1975 p.64). Cette aire constitue pour l'enfant une sorte de refuge face à une réalité pour lui in-sécure (rapport au langage instable, qui génère des angoisses en situation de communication ou d'apprentissage). Cet espace transitionnel est d'emblée placé sous l'égide du fantasme, c'est-à-dire un mouvement sans valeur symbolique, où l'enfant cherche à retrouver un état régressif, où le moi est dissocié. Il n'est donc pas un espace constructif, mais c'est néanmoins l'espace où se trouve l'enfant, dès que surviennent les angoisses inhérentes à une confrontation au principe de réalité. « Cette aire n'est pas contestée, car on n'en exige rien ; il suffit qu'elle existe comme lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine incessante qui consiste à maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes et néanmoins étroitement reliées l'une à l'autre » (Winnicott, « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, une étude de la première possession non moi » in De la pédiatrie à la psychanalyse, 1969). Ce sera au thérapeute de rejoindre l'enfant dans cette « aire intermédiaire d'expérience » pour amener le rêve et le jeu, qui, eux sont des phénomènes dynamiques, issus de mouvements psychiques dirigés vers une élaboration de la pensée. Transformer le fantasme en rêve, c'est participer à la formation du symbole. Ainsi l'objet-médiateur est le point de rencontre où s'amalgament et se différencient en même temps dans une intrication complexe l'espace intra-psychique, les phénomènes de transfert, et une intersubjectivité naissante.

De même que l'objet transitionnel, l'espace transitionnel, investi par la relation thérapeutique devra résister aux malmenages que lui inflige l'enfant, pour devenir un référent sécure. Concernant l'utilisation de l'objet transitionnel, Winnicott observe la séquence suivante : « 1) le sujet se relie à l'objet. 2) l'objet est en train d'être trouvé au lieu d'être placé dans le monde par le sujet. 3) Le sujet détruit l'objet. 4) L'objet survit à la destruction. 5) Le sujet peut utiliser l'objet. » (D. Winnicott, « jeu et réalité », 1975 p.176). Dans la relation thérapeutique, par le biais des phénomènes de transfert, le thérapeute se substitue à l'objet transitionnel ; il doit donc se prêter aux malmenages, à cette forme d'apprivoisement, car c'est la condition à la création d'un espace transitionnel avec lui, d'où il pourra agir par le biais du médiateur, pour restaurer (ou instaurer) un lien pacifié avec les éléments de la réalité. A cet égard, l'espace où se trouvent enfant et thérapeute a une fonction contenante.

1.3 Notion de contenance psychique et fonction contenante

1.3.1. D'autres auteurs que Winnicott se sont penchés sur cette fonction.

Nous l'avons vu au chapitre 1, Winnicott aborde cette notion par le biais d'un espace nécessaire, défini par le passage entre relation d'objet et utilisation de l'objet, où le Moi va se constituer en trouvant des limites contenantes par le vécu d'une double réalité interne/externe.

Didier Anzieu quant à lui, développe le concept de Moi-peau, intégrant le corps à la contenance psychique. Didier Anzieu, héritier à la fois de Bion et de Bowlby, se référant aux travaux de Winnicott à propos des notions de holding et handling mais aussi, de Freud et Mélanie Klein, va développer la notion de Moi-Peau. Pour lui, les expériences vécues par le bébé au cours des soins et de la tétée se forgent autour du toucher, en termes quantitatifs et qualitatifs, pour conduire progressivement à une différenciation intérieur/extérieur, définissant ainsi une interface et un vécu du volume ambiant ; surface

et volume étant les deux paramètres essentiels à l'expérience du contenant. « l'infans acquiert la perception de la peau comme surface à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère, et dans le cadre d'une relation sécurisante d'attachement avec elle.(…) Le Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique, et assure la certitude et la constance d'un bien-être de base » (D .Anzieu, « Le Moi-Peau »1985, p.59, 61). Anzieu, à travers son concept de Moi-peau, développe l'idée d'une nécessité de contenant psychique aux pulsions, et de continuité de la relation, d'abord par une continuité physique des peaux de la mère et du bébé, puis par une symbolisation de cette continuité sécurisante, rendue possible par la récurrence de l'attention maternelle lors des soins. Le Moi-peau est donc également un contenant des pulsions du ça : D. Anzieu prend l'image du noyau qui serait le ça et de l'écorce constituée par le Moi-peau. Il Précise : « cette complémentarité de l'écorce et du noyau fonde le sentiment de continuité du Soi » (op.cit p.125), assurant une individuation du Soi. En effet, l'idée de continuité du soi s'articule avec l'idée de différenciation moi- non moi, elle-même articulée avec la notion de représentation de choses (puis de mots), de symbolisation et de sens. Le sentiment de continuité donnera une cohérence à l'expérience vécue, et une direction (un sens) au désir -nous reviendrons sur la question du désir-. Anzieu donne ainsi au Moi-peau les fonctions de contenant, pare-excitation (barrière protectrice du psychisme, de l'intériorité), filtre des échanges et des expériences sensorielles, (fonction qui rend possible les représentations), et une quatrième fonction qui est celle du miroir de la réalité. Ainsi la fonction contenante est « exercée principalement par le handling maternel (…) et par les soins du corps appropriés à ses besoins (…) ainsi que les réponses gestuelles et vocales (…) réponses à caractère circulaire où les écholalies et les échopraxies de l'un imitent celles de l'autre » lors de la petite enfance (op.cit p. 124). Lorsque la peau reçoit les sensations et les traduit par un senti, le Moi-peau perçoit et ressent l'action de ces sensations sur l'appareil psychique dont il est l'enveloppe. La fonction contenante est une des 9 fonctions du Moi-peau. (op cit p.119-128). En somme, la peau, dès lors qu'elle se trouve investie par le Moi, se substitue aux fonctions maternelles, et devient un référentiel sécurisant et constant, permettant des échanges et des mouvements vers une différenciation / distanciation, prémices à un arrimage du langage au sujet désirant.

Dans un article de 2003 (Denis Mellier, « Conflits, conflictualité et fonction contenante » article paru sur cairn.info , 2003) Denis Mellier aborde la question de la fonction contenante à travers la conflictualité du sujet avec lui-même, et avec son environnement : il fait ici référence aux travaux de Winnicott pour montrer comment le regard, né dans l'attention partagée, permet d'être attentif à l'enfant et à sa « parole ». Ce regard est qualifié de « contenant » car il est dirigé vers l'enfant mais inclut aussi l'environnement de celui-ci : l'enfant est pris avec son environnement dans ce regard du thérapeute. Ainsi, précise-t-il, « un sens peut surgir dans l'espace contenant de l'observation ».

Par ailleurs si l'on peut aujourd'hui donner une définition de ce qu'est la fonction contenante, c'est grâce à la profondeur des travaux de W. Bion sur la fonction alpha et la relation contenant-contenu . Avec Didier Houzel, en 1994, on peut ajouter que cette relation est un lien de Connaissance, par opposition à une relation pulsionnelle primaire de type amour-haine. La fonction contenante se caractérise par une activité de penser, un appareil à penser les penser, et pas seulement un fonctionnement de la pensée.

Ces travaux nous éclairent sur le fait que la fonction contenante appartient au double registre intra- et inter-psychique, car elle est un outil pour sortir de la confusion psychotique. Elle est naturellement à l'œuvre dans « l'aire intermédiaire d'expérience »

définie par Winnicott. C'est pour A. Green la limite entre le dehors et le dedans de l'appareil psychique. Ce dernier ajoute que cette fonction comprend la « capacité de rêverie » sorte d'attention de l'attention, métaphore du travail que le thérapeute a à réaliser dans l'espace de rêverie qu'offre l'aire transitionnelle, mais ne se confond pas avec la fonction maternelle (A. Green « La capacité de rêverie et le mythe étiologique », 1987)

Il se dégage donc ici l'évidence que pour l'orthophoniste, engagé dans une rééducation de troubles du langage, la notion de fonction contenante constitue une ligne directrice thérapeutique, ligne de fond sur laquelle il saura s'appuyer, pour amener l'enfant vers des activités plus cognitives en rapport avec les règles de la langue et des apprentissages, dès lors que le regard bienveillant et contenant « garantit l'enfant contre le retour de l'angoisse de mort » (R. Diatkine « Langage et activités psychiques de l'enfant », 2004 p.21)

L'usage de cette fonction contenante, et l'étayage qui en est le corolaire sont en effet des gages de stabilité, là où l'enfant, vit son rapport au langage comme instable, faillible, inconstant et générateur d'angoisse. Installer quelque chose de stable est essentiel dans la prise en charge. La rigueur du cadre thérapeutique y contribue grandement.

2. Le cadre thérapeutique

Le langage se construit progressivement et émerge véritablement comme langage articulé et structuré par les règles de la langue à un moment où le sujet, dans son développement psychique, est pris dans l'angoisse de castration, angoisse de perte d'objet (transition des processus primaires aux processus secondaires). Et la nécessité de distanciation (processus de symbolisation). Un cadre thérapeutique rigoureux permettra de proposer les outils de rééducation, cadre de (re)construction du langage, où le sujet est affranchi de l'angoisse. Ce cadre doit répondre à des critères de stabilité de temps et d'espace, participant de sa fonction contenante, par une délimitation spatio-temporelle qui s'oppose du « tout, tout de suite, tous ensemble, tout le temps » qui préside au stade infantile du développement de l'appareil psychique.

2.1 Le temps

Le temps est un des premiers critères à prendre en compte. Toute médiation s'oppose à l'immédiat. C. Chassagny, distingue une succession de 3 phases dans la rééducation :

La phase de station, qui peut être qualifié selon lui « période fantasmatique » pour l'enfant, pendant laquelle le rééducateur ne peut pas encore intervenir en qualité de technicien, mais reste présent dans le jeu comme ébauche d'accès au champs symbolique « l'adulte est là comme témoin du travail de l'autre » (C. Chassagny, 1985, p. 79)

La phase de conciliation, pendant laquelle l'enfant, désormais capable de choisir, peut entrer dans la contrainte des règles et des choix qui sous-tendent l'activité langagière. Au cours de cette phase l'enfant se modélise sur l'adulte « Il y a l'idée d'abandon d'une foule de possibilités d'expression au profit d'un code » (Chassagny, 1985, p.85). C'est au cours de cette phase que l'enfant va pouvoir se saisir des outils techniques relatifs aux règles de la langue.

La phase d'expression est celle où l'enfant va faire coexister les médiateurs (le jeu, le dessin, le modelage comme support d'expression avec des activités rééducatives plus formelles et pédagogiques, qui vont constituer un appui solide qu'il pourra transférer dans ses apprentissages. « Le message s'organise dans l'accession à un désir réel d'être compris par son entourage ». (C.Chassagny, 1985, p.92).

2.2 Le rythme

Le rythme des séances constitue par ailleurs un autre repère étayant pour l'enfant. D'une part, il introduit l'alternance présence-absence et assure de la continuité du lien, malgré l'absence physique, rendant possible séparation et retrouvailles. D'autre part, il garantit un retour du même par l'invariance du jour et de l'heure des rencontres. Ainsi, entre les séances peut se dessiner un temps d'élaboration, pendant lequel ce qui a été travaillé en séance peut prendre corps (consciemment ou non), s'expanser, se décanter, et participer à l'élaboration du langage ; le rythme induit ainsi un souffle, comparable à une respiration, une ritualisation contenante et vivante.

Parmi les aspects de la notion de rythme, il est important aussi de noter aussi la portée de la prosodie et du rythme de parole du thérapeute, qui constitue un étayage fort, car la prosodie de la langue est une représentation de sa structure : « c'est à partir de la prosodie que l'enfant détermine la structure syntaxique de la langue, dans la période pré-linguistique » (Emmanuel Dupoux- linguiste)

2.3 L'espace

L'espace tient également une grande place dans le cadre thérapeutique, constituant, selon C. Chassagny une « chambre de rééducation », comme lieu de vie où l'enfant peut se mouvoir, et où il vient, à chaque séance avec l'idée que dans un lieu connu, reconnu et suffisamment sécure pour que quelque chose de neuf puisse se produire. Pour reprendre les mots de René Diatkine, la démarche thérapeutique est question « de lieu et de lien ». Ainsi ce lieu devra être protégé de toute intrusion intempestive, et suffisamment chaleureux et spacieux, pour que l'enfant se sente libre de s'exprimer et assuré que l'autre (le thérapeute) sera à ses côtés, respectueux de son rythme propre pour accéder au sens.

2.4 L'expression et la créativité au cadre sein du cadre

Les ateliers de médiation thérapeutique se distinguent d'autres types d'ateliers à but créatif ou artistique, par le fait que le patient n'emporte généralement pas ce qu'il a créé à l'extérieur, et d'autre part, l'objet créé n'a pas vocation à être esthétiquement figé : il peut être détruit. Il s'agit pour le patient d'explorer le média sans se dissoudre dans l'objet, et la créativité du sujet ne deviendra « créatrice » qu'après de nombreuses oscillations entre création et destruction. Le thérapeute ne devra donc pas éviter la destruction mais accompagner ces mouvements, par un étayage du patient dans son activité de représentation, afin de penser par lui-même.

2.5 La place des parents

La place des parents est également une question qui se pose dans le cadre thérapeutique. De même que la fonction contenante du thérapeute ne doit pas être une fonction maternante, la fonction parentale ne doit pas devenir un relais thérapeutique.

La confrontation des parents avec une pathologie, et plus particulièrement lorsque le dysfonctionnement a des conséquences visibles sur la scolarité de leur enfant, les met face à une situation de deuil : le deuil de l'enfant idéal fantasmé. Il se peut que le trouble de leur enfant soit vécu comme une défaillance de leur rôle parental et éducatif, voire révéler quelque chose de leur propres défaillances (« Les problèmes parentaux non résolus vont être exacerbés par la cure dont l'enfant seul bénéficie » Arlette Mucchieli Boursier « Educateur ou thérapeute », 1986, p.124). Ainsi se trouvent-ils parfois perdus et en demande d'aide ou de réparation. S'il est alors absolument nécessaire de les écouter, d'entendre les demandes manifestes ou latentes, et de les éclairer sur la pathologie spécifique de leur enfant, il n'est pas du rôle du thérapeute d'éduquer les parents à leur fonction parentale. Le thérapeute doit être éclairant et confier aux parents le soin de se saisir (ou non) des éléments qui leur sont amenés. C. Chassagny illustre cette position par une observation clinique. (Voir annexe I)

Les parents doivent être des partenaires pour l'intérêt de l'enfant, depuis leur place de parent et non des «rééducateurs-relais».

2.6 La confidentialité.

Elle est définie comme suit dans la Charte Ethique Professionnelle des orthophonistes de l'Union Européenne, signée à Athènes le 9 mai 1993, et à Copenhague le 1 mai 1999

« Les orthophonistes-logopèdes sont tenus au secret professionnel, y compris en ce qui concerne les informations obtenues dans le cadre de leurs fonctions administratives et non-thérapeutiques, sauf dans les cas suivants :

- *s'il existe un consentement écrit du patient ou de son représentant légal,*
- *quand il est nécessaire de communiquer des informations au nom du patient à l'un de ses proches, dans l'intérêt de celui-ci,*
- *quand il y a connaissance d'abus envers un mineur. »*

« Les orthophonistes-logopèdes doivent maintenir à jour les dossiers des patients et vérifier que le contenu de ces dossiers reste confidentiel. »

« Quand les informations sont partagées avec des confrères ou toute autre personne, les orthophonistes-logopèdes doivent s'assurer que ces informations resteront confidentielles. »

Ainsi, dans le cadre thérapeutique, l'enfant, autant que le parent est assuré que rien de ce qui est dit entre lui et le thérapeute ne sera divulgué à l'extérieur de ce cadre. Cette garantie est particulièrement importante pour l'enfant qui pourra s'exprimer, sans appréhension et sans craindre que ses propos soient rapportés à ses parents ou à qui

que ce soit, sans son accord explicite. La confidentialité est ainsi une condition fondamentale pour que la confiance se développe et que l'alliance thérapeutique se consolide au fur et à mesure des séances.

3. Trois niveaux de la médiation

D'après un article intitulé « Médiation thérapeutique, définitions » issu d'un travail de recherche paru sur le blog de Guillaume Gillet, chercheur en psychopathologie et pathologie clinique à l'université de Lyon II, on peut distinguer 3 niveaux de médiation :

3.1 Premier niveau : médiation et expressivité

La médiation thérapeutique implique une décharge pulsionnelle vectorisée, et il s'agira de différer la décharge, puis lui donner forme et sens. Le dispositif se place donc entre sollicitation et externalisation/ verbalisation.

3.2 Deuxième niveau : médiation et signifiance

La médiation suppose une mise en sens d'un message entre reproduction/ imitation (comme lors d'un processus d'apprentissage) et expression spontanée **:** on crée et on pense avec les pensées de ceux qui nous ont précédés, mais pour autant, reproduire et entraîner ses habiletés sont des activités de renforcement du Moi, mais quid du Sujet, et de son inscription dans une lignée, dans le langage, qui fait sens, et n'a pas seulement qu'un intérêt pragmatique ?

Le thérapeute devra donc, à partir de ce qui est exprimé, amener le patient à créer du sens au-delà des habiletés pragmatiques directement utilisables en communication : passer de l'outil, utile pour communiquer, à une singularité du sujet animé par le mouvement du Désir de langage.

La quête du sens dans la médiation passe par une tension entre l'éprouvé de la réalité psychique, (que permettent les expériences issues de la sensorialité), et l'abstraction que permet la symbolisation de ces expériences, par une représentation des ressentis. Dès lors il peut exister un écart entre une expérience éprouvée et le regard porté sur l'éprouvé, une mise à distance de la dimension sensorielle directement perçue, pour en élaborer une représentation.

3.3 Troisième niveau : médiation et relationnel

Nous ne reviendrons pas ici en détails sur cet aspect de la prise en charge, qui inclue et s'appuie sur les phénomènes de transfert développés dans le Chapitre I). Ces phénomènes font que l'expression peut, à un moment être adressée. Précisons seulement qu'il y a, du point de vue du sujet, dans la médiatisation un déplacement de la relation d'objet sur l'objet (l'objet étant ici le médium utilisé), et reprise de l'objet comme objet de relation.

4. Objectifs poursuivis par le rééducateur

En tant qu'outil de rééducation, la médiation thérapeutique reste un moyen de poursuivre avec l'enfant l'objectif d'un réaménagement plus fonctionnel du rapport au langage, afin que la communication soit efficace et que la transmission du message oral ou écrit se fasse de manière fluide. Pour cela, il appartient au thérapeute du langage de mettre en place des conditions permettant à l'enfant d'atteindre cet objectif. Car la médiatisation est au centre d'un tissage entre la matérialité du cadre, le rapport à l'objet-médium, la relation au thérapeute, et la symbolique des règles inhérentes au dispositif. Diatkine dit qu'il faut « mettre l'enfant en état de désirer. Aucune action ne peut se substituer à l'activité du sujet » (Diatkine, « Langage et activités psychiques de l'enfant »,2004), autrement dit, les outils de la rééducation orthophonique doivent pouvoir être investis par l'enfant, parce qu'il y trouve un sens et un intérêt, et parce qu'ils s'adossent au mouvement du Désir.

Lacan dit que le désir, c'est ce qui s'immisce « entre le besoin et la demande » ; c'est dans cette nuance-là que devront se situer les conditions mises en place par l'orthophoniste. Et c'est là que peuvent œuvrer les médiateurs thérapeutiques. C'est là, dans cet interstice où circule le désir que vont agir les fonctions de la médiation :

- Fonction d'intermédiaire entre vie psychique et réalité du sujet
- Fonction de lien entre soi et l'autre
- Fonction de création d'un espace propice à l'imaginaire
- Fonction de représentation et de symbolisation
- Fonction de contenance psychique

C'est en répondant à ces conditions de mise en œuvre du lien thérapeutique que l'objectif de soin peut être atteint. C'est en cela que la démarche orthophonique doit se positionner du côté de la « prise en soin » plutôt qu'une prise en charge, pour qu'émerge ce qu'Emmanuel Lévinas nomme « l'Infini du sujet ».

III. Désir et langage, la question du Sujet

1. Distinguer les notions de désir, besoin, volonté, souhait

- Avec le besoin, on est dans la nécessité vitale. Aucun organisme vivant n'est auto-suffisant, ce qui définit un certain nombre de besoin, et place le vivant dans le champ de la dépendance. Il s'ensuit que tout homme, sous la tyrannie du besoin, fait l'expérience de la servitude et non de la liberté, et si l'on s'en tient à ce domaine, l'homme ne peut pas affirmer son être sous forme proprement humaine. Le besoin a un objet de satisfaction qui est dicté par la nature. Le désir, lui, ouvre un espace de liberté d'ordre spécifiquement humain, qui commence avec la possibilité de se projeter vers des fins dépassant le seul entretien de la vie. Ainsi on peut citer G. Bachelard dans « La psychanalyse du feu » : « (…) l'homme est une création du désir, non pas une création du besoin ».

Le désir se développe donc dans un milieu culturel (par opposition à naturel), car si le besoin a un objet déterminé et limité par la nature (lorsque le besoin est assouvi, on éprouve un »ça suffit »), le désir a un objet indéterminé, indéfinissable en terme d'objectivité, car il a une visée imaginative. C'est d'ailleurs par cette caractéristique du désir que l'homme peut projeter dans l'imaginaire une source de satisfaction, ce qui distingue le désir du souhait : le souhait possède un objet imaginaire qui tient lieu d'objectif à atteindre. Ainsi le désir peut prendre la dimension infinie, car il n'a ni objet ni fin.

- La volonté, quant à elle, se développe et s'étaye sur le désir, mais doit se distinguer de lui. Il y a dans la volonté un pouvoir de détermination et d'action en fonction de motifs ou de raisons choisis en conscience. On peut dire que la volonté est la faculté complexe de se projeter vers des fins ou des objets, en impliquant l'affectivité, l'entendement, la raison, mais aussi le raisonnement logique, les fonctions cognitives supérieures, voire même des fonctions exécutives.

  La volonté suppose une capacité d'analyse, de recul, et de projection, où sont en jeu des choix moraux ainsi qu'une appréciation de la situation.

  Pour les théoriciens du libre arbitre comme Descartes, elle est fondamentalement non-déterminée : L'homme ne répond pas à une mécanique déterminée, et ses actes ne sont pas le simple fait nécessaire de causes antécédentes. Il dispose de la capacité de s'autodéterminer par la représentation des fins qui motivent des mises en actes.

  Pour Spinoza, le libre arbitre est une illusion, et la volonté est déterminée soit par les affects soit par la raison. Et elle reste un acte intentionnel, où les opérations sous-jacentes de conception, but à atteindre, délibération, décision, exécution sont subtilement intriquées. Le désir, lui, se définirait plutôt comme une essence de l'homme, et non comme une mise en actes.

  Le désir serait ce mouvement pour persévérer dans l'être, ce que Spinoza nomme *conatus,* et qui n'est pas une volonté de puissance mais une force qui poursuit son propre accroissement, et qui doit être vécu comme une joie. Commentant Spinoza, Deleuze écrit : « le conatus ne doit pas être interprété comme une tendance à passer à l'existence, mais comme tendance à persévérer dans l'existence ». Ainsi l'homme est désir, conatus, effort pour déployer son existence. Le désir n'a donc pas pour fin la jouissance, mais se poursuit lui-même comme fin en soi, et il fait naître autre chose sur son passage (en particulier le langage).

- Le désir mimétique, concept développé par René Girard, peut être une illustration de la notion de désir, se développant dans un milieu culturel qui conduit souvent les hommes à déterminer leurs choix à partir ou en fonction de tel ou tel objet, telle ou telle image qui leur est dictée. Il est ainsi amené à dénoncer une double illusion : L'illusion subjectiviste qui consiste à penser que nos désirs se fondent sur notre spontanéité (sans passer par le filtre de la raison, ou de l'entendement), et l'illusion objectiviste consistant à croire que l'objet extérieur possède des qualités intrinsèques qui font sa séduction et génèrent le souhait à son endroit.

  Or l'homme en tant qu'individu ne désire pas de manière autonome ; entre lui et l'objet, il y a autrui. Ce qui l'inscrit dans un triangle du désir, où l'autre est sujet à

mimétisme, mais aussi à imitation, à modélisation. Il en va ainsi dans les premiers temps de l'acquisition du langage par le petit enfant.

Ainsi le désir n'a ni objet ni fin. C'est un mouvement proprement humain, existentiel, un mouvement de quête qui reste en tension, qui nous pousse vers et dans le langage. Le langage pourrait alors se représenter comme une substance dont l'homme a à s'imprégner, à s'emparer, et à s'imprimer, pour exister et déployer son existence. Le langage touche donc à une question existentielle, et pas seulement fonctionnelle.

2. Langage et pensée

Entre la conscience et son objet, le langage interpose le signe, de telle sorte que celui-ci existe comme une signification, c'est-à-dire qu'il soit porteur de sens pour l'objet (la chose). Grace au signe, la conscience dispose de la chose en dehors de sa présence, et peut viser des significations par-delà l'ordre du visible. Pour cela, il faut néanmoins que les étapes du développement psychique de l'enfant (développée dans le chapitre 1) aient pues se réaliser effectivement, ouvrant le champ de la représentation et de la symbolisation. (selon le vocabulaire de philosophie Lalande, on appelle symbole toute signe évoquant par un rapport naturel, quelque chose d'absent ou d'impossible à percevoir). Ainsi les signes linguistiques mettent en jeu la fonction symbolique dans le langage, c'est-à-dire la capacité de se distinguer de la réalité pour la signifier par l'intermédiaire d'un signe. Cela suppose une aptitude à l'abstraction, une capacité à penser à distance du vécu et du concret.

La spécificité du langage, c'est qu'il est intimement associé à la pensée, car il en est le terrain et le moyen d'expression. : ce n'est pas un outil extérieur dont l'homme pourrait faire usage, et manipuler à son gré, mais une matière intrinsèque à lui, une substance même de sa pensée. C'est aussi à travers ces mouvements que se construit la subjectivité, c'est-à-dire la conscience d'être, et la conscience de l'existence d'autrui.

L'enfant se construit comme un sujet dans un contexte psycho-affectif sécure, et dans les relations d'interlocutions. La subjectivité, au sens psychologique et moral se constitue donc à l'intérieur du langage. C'est le mouvement de désir qui anime et pousse l'homme vers son humanité, car le désir se loge dans le décalage qui se crée dès que le petit enfant peut transformer le besoin naturel (qui appelle une satisfaction immédiate) en demande, pour laquelle il acceptera de diffuser la jouissance, de créer une distance.

3. Langage et sujet

Lacan met en évidence cette nécessaire mise à distance qui permet de ne pas rester collé à un illusoire objet de désir, et qui conditionne la position de sujet. Le sujet pourrait ainsi se présenter comme l'individu capable de parler en son nom, et non plus comme un avatar de l'autre, pris dans un imaginaire qui ne parvient pas à prendre corps dans le réel. Le sujet serait celui qui a pu mettre l'objet à distance, par l'effet de ce que les psychanalystes nomment la castration symbolique, pour ne plus se confondre avec lui et sortir de l'in-fans. Est sujet celui qui aura intégrer la scansion de la loi, pour passer du petit d'homme au petit homme, passage vers le langage.

Ainsi, l'orthophoniste, face à un enfant, devra aller chercher quels sont les indices qui signent la potentialité de l'enfant à accéder à la position de sujet. Cette position, l'enfant pourra l'investir au cours de sa prise en charge orthophonique, à la faveur des mouvements relationnels triangulés, source de motivation pour le passage au langage, avec ses parents et son thérapeute.

Ce sont ces mouvements que nous nous proposons d'étudier dans la partie pratique de notre travail.

PARTIE PRATIQUE

I. Le rappel de la problématique et les hypothèses

Le point de départ de ce travail de fin d'études a ciblé la relation parent-enfant au cours de la prise en charge orthophonique. Les questions que nous nous sommes posées pour donner corps à ce sujet d'études étaient nombreuses et quelque peu nébuleuses. Nous observions bien que des modifications se dessinaient chez l'enfant au cours de sa prise en charge, mais ces modifications, ces progrès induisaient-ils d'autres modifications dans les relations de l'enfant avec son entourage ? Les enfants chez qui nous pouvions faire ces observations bénéficiaient d'une prise en charge médiatisée par le jeu, des ateliers d'écriture, ou la lecture faite à l'enfant dans le cadre d'un atelier contes par exemple. Ainsi se posa une nouvelle question autour de cette spécificité de prise en charge : l'utilisation de médiateurs thérapeutiques est-elle un paramètre à prendre en compte dans les modifications observables ?

Une autre observation qui devenait évidente était la place des parents. Comment comprenaient-ils le travail fait en séances ? S'y intéressaient-ils ? Qu'en attendaient-ils ? Quelles pouvaient être leurs représentations du travail de rééducation orthophonique mené ? Pouvaient-ils eux-mêmes noter des modifications concernant leur enfant ? Etait-ce les mêmes que ce que nous pouvions percevoir, de notre place de thérapeute ? Comment chacun des protagonistes a investi sa place dans ce système relationnel ? Cette place a-t-elle évolué ? Quels étaient les enjeux évoqués par chacun, et ceux plus sous-jacents ? La relation parent-enfant s'en est-elle trouvée modifiée, et en quoi ?

De toutes ces questions qui émergeaient en nombre et de manière un peu désorganisée, il a fallu dégager une problématique afin d'orienter notre travail. Problématique qui peut se formuler ainsi :

Qu'en est-il des modifications des relations parent-enfant au cours d'une prise en charge orthophonique qui utilise des médiateurs thérapeutiques ?

Cette problématique a pu donner lieu à une première hypothèse qui est : Au cours de la prise en charge orthophonique s'opèrent des modifications au sein d'une relation triangulée, qui se tisse entre enfant, parents et orthophoniste. La deuxième hypothèse est que l'utilisation des médiateurs thérapeutiques joue un rôle dans la dynamique de cette triangulation. Les aspects théoriques développés dans la première partie, au chapitre III nous permettent de préciser le rôle de tiers de la médiation thérapeutique : dans le cadre de la rééducation orthophonique, l'utilisation de médiateurs aborde la symptomatologie du trouble de manière indirecte, en s'appuyant sur une appropriation du langage par l'enfant. L'enfant qui accède ainsi à une position de sujet dans son rapport au langage, est alors à l'origine des modifications qui s'opèrent.

Dans la partie pratique de notre travail, il s'agira de mettre à l'œuvre la problématique, à travers un questionnaire aux parents, de confronter les résultats du questionnaire aux hypothèses de départ, et de repérer si d'autres hypothèses émergent de cette confrontation.

II. La méthodologie

1. Elaboration du questionnaire (L'intégralité du questionnaire en annexe II)

1.1 Le type et la forme des questions

Nous faisons le choix de questions ouvertes, qui pourront éventuellement être soutenues par des propositions formulées par l'étudiante au cours de la passation. Ce choix est destiné à inciter le parent à exposer, et le cas échéant détailler, ce qu'il a pu observer, percevoir ou ressentir au cours de la prise en charge de son enfant, à propos du domaine abordé dans la question.

1.2 L'organisation du questionnaire

Dans la mesure où la problématique questionne les *modifications* relationnelles, nous avons voulu organiser la succession des questions en suivant un ordre chronologique. Nous avons donc élaboré le questionnaire en mettant en avant une distinction entre le début de prise en charge et ce qu'il en est actuellement des phénomènes relationnels. Ceci dans le but d'amener le parent à questionner l'existence ou non de modifications.

Nous avons choisi d'insister spécialement sur les contenus actuels, présents dans le cadre de la prise en charge orthophonique, afin d'aider le parent à donner le plus d'éléments possibles, observables au quotidien, et qui concernent notamment ce qui se passe entre l'enfant et lui, entre lui et l'enfant, et avec l'orthophoniste.

Ainsi l'organisation des questions poursuit un but précis : cibler l'existence ou non de modifications, et d'une triangulation dans les relations en présence.

Le choix des questions, lui, visera les domaines où cette dynamique pourra être perçue.

1.3 Le choix des questions et les domaines abordés

Nous avons tenté, à travers la rédaction des questions, de retracer le parcours de l'enfant dans la prise en charge, et d'évaluer comment le parent a vécu et perçu ce parcours, le vit et le perçoit.

Les domaines questionnés sont :

Le motif de consultation et la personne qui a orienté l'enfant vers l'orthophoniste

Les perceptions des difficultés de l'enfant par le parent, au début

Les attentes en début de prise en charge des parents vis-à-vis de l'orthophoniste

Les attentes et / ou exigences des parents vis-à-vis de l'enfant, explicites ou implicites, et la formulation de celles-ci lorsqu'elles sont explicites.

Les modifications volontaires amenées par le parent dans la manière d'être en relation avec son enfant

Les modifications observées par les parents dans la manière dont l'enfant est en relation avec eux

Les aspects sur lesquels portent les changements

Le temps passé avec l'enfant dans une relation duelle ; en quantité et en qualité

L'évolution de la relation avec l'orthophoniste

La difficulté majeure rencontrée au cours de la prise en charge

La place de la famille élargie, des proches et des amis et les relations avec eux, dans le contexte de prise en charge orthophonique de l'enfant

Nous avons donc voulu, dans l'élaboration de ce questionnaire mettre en avant trois protagonistes essentiels formant le système relationnel que nous souhaitons étudier, auxquels s'ajoutent, le cas échéant, deux protagonistes : la personne par qui a débuté la prise en charge, et la (ou les) personne(s) connexes au système relationnel enfant-parent-orthophoniste.

1.4 Le nombre de questions

Nous avons volontairement limité le nombre de questions à moins de quinze, afin que les conditions de passation puissent être réalisées de façon optimale, et pour faciliter la circonscription et la synthèse les données que nous allions recueillir.

Cette limitation était également rendue nécessaire par le fait que nous avions opté pour des questions plutôt ouvertes, laissant le champ libre à l'expression et l'évocation spontanée des parents.

1.5 Les conditions de passation du questionnaire

Nous avons souhaité faire passer le questionnaire aux parents au cours d'un entretien individuel avec chacun d'eux. En effet, il nous a semblé que ces conditions étaient favorables à la mise en confiance nécessaire pour le recueil de données qui touchent la sensibilité des parents. Les éclairages théoriques concernant la place des parents au cours de la rééducation (Chapitre III, II-2 « La place des parents ») et leur vécu singulier face à un enfant en difficulté vis-à-vis du langage ont orienté incontestablement notre choix.

Ainsi, si nous voulions amener les parents à exprimer une pensée subjective, une parole libre et spontanée, sans recherche de « bonne réponse » à propos de leur enfant, il fallait singulariser l'entretien. Nous nous sommes donc efforcés d'installer un contexte d'échange

et un climat de confiance, où le parent pouvait avoir la garantie de la même confidentialité que dans un cadre thérapeutique. Les passations ont donc été faites dans le cadre de l'institution ou du cabinet d'orthophonie, c'est-à-dire sur le lieu de prise en charge de l'enfant, pendant que celui-ci était en séance avec l'orthophoniste, et sans aucune présence d'autres patients (dans la salle d'attente, par exemple).

Aucun échange avec l'orthophoniste concernant le dossier de l'enfant n'a été demandé, ceci afin de garder une neutralité de l'échange avec le parent. Nous souhaitions que celui-ci ne soit pas orienté (parasité) par la pathologie de l'enfant, décrite, analysée et en cours de traitement par le professionnel.

Les entretiens avec les parents devaient, d'autre part être un recueil de données, et les mots de ceux-ci ont été notés intégralement, en nous gardant de toute interprétation ou commentaire à ce stade de la mise en œuvre pratique de notre travail. Aucune justification de leurs propos n'a non plus été demandée au cours des entretiens. Des demandes de précisions ont parfois été nécessaires, pour aider le parent à exprimer un discours qui pouvait nous aider à notre tour à mieux comprendre les phénomènes évoqués.

2. Choix de la population

La population choisie pour répondre au questionnaire était composée des parents d'enfants devant répondre à plusieurs critères :

2.1 Enfants entre 6 et 12 ans

Cette période correspond en théorie à une latence dans l'économie psychique, une phase d'accalmie prise entre la crise oedipienne et la crise d'adolescence où l'investissement de l'enfant est plutôt d'ordre intellectuel, et les aspects relationnels plutôt paisibles, sans angoisse profonde. Au cours de cette phase, l'enfant va découvrir et explorer de nouveaux espaces sociaux, en particulier l'école. C'est pour lui le moment le plus favorable pour quitter une appréhension du monde fondée sur la motricité et la sensori-motricité, pour entrer dans les apprentissages plus intellectuels, faisant appel à des représentations, puis à des représentations de représentation. René Roussillon dit que « cette période est caractérisée (…) par un une valeur nouvelle donnée à la représentation psychique et à l'activité représentative, qui se présente comme de nouveaux buts pulsionnels » (René Roussillon, « Manuel de psychologie et de psychopathologie », 2007, p 181). C'est aussi la période où l'enfant introjecte les règles surmoïques, qui vont soutenir sa vie sociale et ses relations familiales et extrafamiliales (copains, enseignant, par exemple), vers une nouvelle autonomisation. Pendant cette période de latence l'enfant va également aller vers des jeux répondant à des règles imposées ou inventées, mais qui représentent un repère fixe et sécurisant auquel chacun peut et doit se référer, une loi donnant un champ plus libre à l'expression. C'est à cette période que son usage du langage, plus abouti, est également plus libre : Il va dans cette période jouer avec les mots et le langage, découvrir et manier l'humour, etc).

Accalmie dans l'organisation psychique, autonomie, appropriation des règles, maniement du langage comme moyen d'expression et de communication,

acquisition de nouveaux savoirs : la période de latence est en théorie une période qui doit assurer à l'enfant une certaine sécurité, où « la vie psychique se développe et se renforce, et avec elle les capacités de l'enfant. » (R. Roussillon, 2007, p. 181). Partant de cette « norme » théorique, nous avons cherché à repérer et à analyser ce qu'il en est des phénomènes relationnels, lorsqu'il existe un écart à cette norme, touchant particulièrement les performances langagières.

2.2 Une prise en charge qui s'appuie essentiellement l'usage de médiateurs thérapeutiques

Nous avons fait le choix d'orienter notre travail sur l'analyse de pratiques professionnelles, en prenant pour base d'observation les principes et les fonctions propres à la médiation thérapeutique. Développés dans la partie théorique (Chapitre III- II), ces fonctions sont au nombre de 5 et s'organisent autour de 3 niveaux de médiation. La prise en charge orthophonique qui s'appuie sur les médiateurs thérapeutiques est une manière parmi d'autres d'envisager la pratique orthophonique. L'objectif de notre travail est d'observer ce qu'il en est des mouvements relationnels dans ces conditions spécifiques de pratique professionnelle, sans inférer que ces mouvements sont exclusivement liés à l'usage des médiateurs : Loin de nous l'idée de mettre en opposition les pratiques à propos des mouvements relationnels qui se développent au cours d'une prise en charge orthophonique. L'usage de médiateurs dans la pratique orthophonique nous a simplement semblé intéressant comme appui à notre analyse, car cette pratique est en lien à la fois avec la relation thérapeutique et avec le langage, au-delà de ses fonctions communicationnelles, pragmatiques et linguistiques.

Ainsi nous avons voulu intégrer à notre étude un paramètre qui est la manière dont les 3 niveaux de médiation que sont l'expressivité, la signifiance, et le relationnel se déclinent, en pratique, dans les 5 fonctions de la médiation. La théorie nous apporte déjà un certain éclairage de principe :

La fonction d'intermédiaire entre la vie psychique et la réalité du sujet, de même que celle de représentation et symbolisation, rejoint la signifiance (un des niveaux de la médiation). On peut formuler un but dans la pratique, qui est de mettre à distance, par le biais du médiateur support pour du langage, les éprouvés sensori-moteurs issus de l'expérience vécue, afin de mettre du sens à ce qui est expérimenté. Il s'agit d'amener l'enfant à dire quelque chose de ce qu'il a senti.

La fonction de création d'un espace propice à l'imaginaire s'articule au registre expressivité de la médiation : dans la pratique orthophonique, c'est l'objectif d'évocation qui est poursuivi là. Le médiateur est support d'évocation et d'expression, (qui pourra aussi servir la mise à distance des éprouvés et le sens qu'ils acquièrent).

La fonction de lien entre soi et l'autre, et celle de contenance psychique attribuées à la médiation thérapeutique, peuvent, quant à elles, se décliner dans le registre relationnel : En pratique, on peut observer dans le jeu, qu'il soit corporel, symbolique, ou répondant à des règles, que le médiateur prend alors toute l'ampleur

de son rôle de tiers, de médium. Il permet, dans une relation triangulée, un jeu de projection-introjection des affects, sans que l'autre ne soit réceptacle direct de ceux-ci. L'autre n'est ainsi pas objetisé ; l'objet est transféré sur le médium, le tiers. Cette dynamique régulée par le thérapeute, aide l'enfant à sortir d'un huis clos narcissique et à accéder à la position de sujet. Une altérité peut ainsi se déployer dans les rapports de l'enfant avec son environnement, avec les autres. Le médium est donc réceptacle des pulsions chaotiques, le thérapeute est organisateur de ce chaos (fonction de contenance psychique).

Ces fonctions sont à l'œuvre de façon concentrique et non sérielle, ce qui signifie que l'utilisation des médiateurs thérapeutiques suppose une approche synthétique de la problématique du sujet, de manière globale et non pas analytique.

C'est à partir des observations cliniques, ramenées au pôle théorique de notre axe de réflexion, que nous avons orienté notre choix.

2.3 Cette prise en charge doit être suivie depuis plus d'un an,

Ce critère est choisi afin de pouvoir avoir suffisamment de recul et de points de comparaison pour évaluer l'existence ou non des modifications. L'observation devait s'inscrire dans le temps pour donner lieu à l'analyse d'une évolution.

Une durée minimale d'un an nous a paru également respecter le temps nécessaire à l'enfant et au le thérapeute pour que se déploie le lien thérapeutique. L'enfant doit pouvoir s'installer dans un rythme, avec des repères spatiaux et temporels en accord avec le cadre thérapeutique.

Un an, c'est aussi le temps qui peut être nécessaire au parent pour établir une relation fiable avec l'orthophoniste.

Ainsi les mouvements relationnels s'inscrivant par nature dans une historicité (et non dans une juxtaposition de séances), et acceptant des ajustements et des adaptations, il nous a semblé qu'il y avait là une condition importante à respecter si nous voulions pouvoir confronter nos hypothèses à la réalité clinique, et mettre en évidence une éventuelle dynamique relationnelle.

2.4 Des troubles développementaux du langage oral et/ou écrit

Les pathologies doivent répondre aux critères de troubles du langage oral et/ ou langage écrit, répondant à des définitions par exclusion, sans pathologie organique avérée (surdité, incapacité motrice cérébrale, déficience mentale, pathologie neurologique traumatique, etc), afin de ne pas biaiser les résultats par des éléments attribuables à ces pathologies.

3. Obstacles rencontrés

Les obstacles rencontrés pour la mise en œuvre du questionnaire ont été de plusieurs ordres :

D'abord il a été difficile de répondre à une de nos exigences, qui était de faire passer le questionnaire à chacun des parents. Bien souvent l'enfant est accompagné par un de ses parents, et nous avons dû nous résoudre à proposer la passation à seulement l'un d'entre eux, ce qui a limité une entrée possible de l'analyse à venir, ainsi que le nombre de passations.

Ensuite, il s'est avéré difficile de réunir les conditions requises pour l'entretien individuel du parent. Bien souvent les salles d'attente des orthophonistes contactés n'étaient pas vides pour permettre l'entretien individuel, ou encore les mamans étaient là avec les frères ou sœurs de l'enfant, ou encore les parents ne restaient pas sur place pendant la séance de l'enfant avec l'orthophoniste… Ce paramètre a donc également limité le nombre de passations, mais il était important pour nous de maintenir ces conditions, et nous nous sommes rigoureusement tenus à cette exigence.

Enfin, concernant la prise en charge médiatisée, nous avons dû nous adresser à des thérapeutes qui utilisent préférentiellement la médiation thérapeutique en rééducation. Or, beaucoup nous ont renvoyé au fait qu'au cours d'une prise en charge, il est fréquent de ne pas utiliser exclusivement un outil, et que bien souvent des exercices ou un entraînement formels alternent et cohabitent avec l'usage du jeu (par exemple). Il nous a été également renvoyé que chaque prise en charge étant unique, les outils mis en œuvre sont pluriels et choisis en fonction de la pathologie et de l'enfant, sans usage exclusif d'un type de pratique professionnelle. Il a donc fallu d'une part s'adresser à des orthophonistes orientés préférentiellement par l'usage de médiateurs dans leur pratique, et d'autre part que ces orthophonistes fassent une sélection rigoureuse de leurs patients pour ne nous proposer que des cas où la médiation était l'outil de référence pour leur prise en charge, depuis plus d'un an.

Ainsi nous avons pu réunir quinze parents d'enfants répondant aux conditions de passation et au choix de population que nous nous étions fixés.

III. Les résultats du questionnaire

On peut regrouper les données en 8 grands domaines, qui recoupent ceux abordés à travers les questions posées. Nous avons choisi de donner les chiffres obtenus et des pourcentages par rapport à l'ensemble des réponses données, car il nous a semblé que cela reflétait mieux le côté spontané qui a orienté notre choix de forme des questions (questions ouvertes favorisant l'expression du parent aussi librement que possible). Ce sont les réponses données qui seront donc le support de notre analyse, et les pourcentages se veulent une traduction de la proportion d'un type de réponse par rapport à l'ensemble des réponses recueillies, pour chacun des domaines explorés.

Les résultats de ce questionnaire n'ont donc pas une valeur statistique, d'autant plus que l'échantillon compte un petit nombre de parents, mais représentent plutôt un état des lieux des modifications relationnelles à l'œuvre au cours d'une prise en charge orthophonique.

1. Le motif de consultation

A propos du motif de consultation qui a amené l'enfant à une prise en charge orthophonique, nous avons obtenu 20 réponses de la part des 15 parents interrogés. Sur ces 20 réponses,

7/20 ont consulté pour retard d'apprentissage, soit 35%

4/20 pour trouble du langage oral, soit 20%

3/20 pour troubles d'articulation, soit 15%

2/20 pour troubles de la concentration, soit 10%

1/20 ont consulté pour mutisme, soit 5%

1/20 pour trouble de la compréhension, soit 5%

1/20 pour trouble du graphisme, soit 5%

1/20 était adressé pour un retard général et diffus, et un tableau clinique complexe, que le parent a eu du mal à expliciter, soit 5%.

2. Qui demande la prise en charge, ou oriente vers l'orthophoniste ?

Sur les 16 réponses obtenues,

11 fois, c'est l'enseignant (68.75%)

3 fois, c'est le parent (18.75%)

2 fois c'est le médecin, pédiatre, pédopsychiatre, ou professionnel de santé (12.5%)

3. La relation parent- orthophoniste en début de prise en charge

28 réponses ont été obtenues concernant les attentes et les demandes des parents vis-à-vis de l'orthophoniste. Sur ces 28 :

5 demandaient des conseils ; 17.85%

5 demandaient à comprendre le trouble de leur enfant ; 17.85%

5 demandaient une aide de manière plus globale, et se trouvaient démunis face aux difficultés de leur enfant, et à leur impossibilité à les aider ; 17.85%

3 demandaient un bilan pour un diagnostic ; 10.71%

3 demandaient des précisions sur le travail qui allait être fait en séance ; 10.71%

2 demandaient des « clés » pour aider leur enfant ; 7.14%

2 demandaient des explications concernant le trouble de leur enfant ; 7.14%

1 demandait une aide scolaire à l'orthophoniste ; 3.57%

1 demandait à ce que le langage s'améliore ; 3.57%

1 demandait à ce que le problème soit réglé (cas d'un enfant présentant un tableau clinique complexe et relativement lourd, avec troubles du comportement et de l'alimentation, associés à un retard de langage) ; 3.57%

4. La relation parent-enfant

4.1 Les demandes des parents à leur enfant

20 réponses ont été obtenues de la part des 15 parents.

Pour 10/20, les attentes étaient d'ordre scolaire ; 50%

Pour 5/20, les attentes étaient d'ordre domestique (participation aux tâches ménagères) ; 25%

Pour 3/20, le parent dit demander trop de choses à son enfant, ou avoir trop d'exigences ; 15%

2/20 parents demandaient à leur enfant de parler et de communiquer ; 10%

Lorsqu'on demande aux parents si leurs exigences sont explicites ou implicites, dans 6 cas sur 15, les demandes sont implicites (40%), tandis que dans 8 cas sur 15 (53.33%), elle sont explicites. Plus souvent explicites pour ce qui est du travail et des résultats scolaires.

1 parent ne s'est pas prononcé.

4.2 La perception du trouble

Sur 15 réponses obtenues, 8 parents percevaient l'existence d'un trouble de langage chez leur enfant avant le début de prise en charge (53.33%), tandis que 7 ne l'avaient pas perçu (46.66%)

4.3 Les modifications apportées par les parents

34 réponses ont été données par les parents.

8 disent avoir amené des ajustements dans leur manière de s'exprimer, de s'adresser à leur enfant (23.5%) ; parmi eux, 2 précisent qu'ils expliquent davantage, mais de façon plus courte pour s'adapter à la compréhension de l'enfant.

4 disent n'avoir rien modifié dans leur manière d'être en relation avec leur enfant (11.8%).

3 évoquent moins d'angoisse par rapport au problème (8.8%)

3 affirment favoriser davantage les échanges et évoquent plus d'interactions avec leur enfant (8.8%)

3 disent être moins impatient face aux difficultés de l'enfant (8.8%), et parmi eux, 1 dit avoir fait un travail personnel sur elle-même pour « pouvoir rester en relation » avec son enfant.

3 disent mettre moins de pression en général sur leur enfant (8.8%)

2 précisent : moins de pression concernant les résultats scolaires (5.8%)

2 notent qu'il y a moins de conflits à la maison (5.8%)

1 dit demander moins à son enfant (2.9%)

1 se dit moins « sur »-protecteur (2.9%)

1 affirme ne plus donner de fessée (2.9%)

1 dit s'être davantage investi dans l'école et la scolarité de son enfant (2.9%)

1 a proposé plus d'activités extra-scolaires à son enfant (2.9%)

1 parent évoque un lien direct entre le travail orthophonique et la maison, induit par la progression de l'enfant. Le parent dit que c'est ce qui a amené à changer.

4.4 Les activités partagées

Pour cette question, il n'a pas été demandé de façon systématique de préciser si les activités avaient changé depuis le début de la prise en charge. Ce paramètre n'a donc pas pu être mesurable. Néanmoins, peu d'éléments dans le discours spontané des parents ont mis en évidence quelque modification volontaire dans ce domaine.

40 réponses ont été obtenues pour cet aspect de la relation parent-enfant. Ces activités se font :

Pour 9/40 pour faire les devoirs (22.5%)

Pour 8/40 vers les jeux (20%), dont

45% en direction des jeux de société

36.4% dans des jeux de fiction /faire semblant

9.1% dans des jeux de construction (type légo, kapla)

9.1% dans des jeux corporels

Pour 6/40 l'activité partagée est le cinéma (15%)

Pour 4/40 c'est le sport (10%)

Pour 4/40 c'est un temps de lecture faite à l'enfant (10%)

Mais 3 parents (7.5%) précisent qu'ils ne lisent plus à leur enfant car « maintenant, il sait lire tout seul »

Dans 3/40 occurrences de réponses, les activités partagées sont difficiles à mettre en place pour les parents (7.5%)

Pour 1/40, les activités partagées sont des échanges verbaux, des discussions (2.5%)

Pour 1/40, des activités créatrices (2.5%)

Enfin pour 1/40, il n'y a aucune activité partagée (2.5%)

5. La relation enfant-parent : modifications observées par le parent

Nous avons obtenu 67 réponses pour ce domaine. Sur la totalité de ces réponses,

11 montrent que l'enfant a une meilleure expression des émotions (16.4%)

8 parlent d'une meilleure confiance en soi (11.9%)

8 évoquent une amélioration du comportement, et un meilleur respect des règles et du cadre (11.9%)

8 parlent d'une meilleure expression orale et d'une envie de s'exprimer (11.9%)

7 disent que les demandes de l'enfant sont plus affirmées (10.4%)

6 font apparaître une amélioration des résultats scolaires (8.95%)

5 parlent d'une plus grande autonomie (7.4%)

5 parlent d'une amélioration des échanges avec la fratrie (7.4%)

5 évoquent un ajustement de l'enfant au parent : l'enfant cherche à être compris (7.4%)

2 disent que l'enfant a conscience de ses capacités (3%)

1 précise que l'enfant veut montrer ce qu'il sait faire (1.5%)

1 dit que l'enfant est plus patient (1.5%)

Enfin, pour 1 parent, il n'y a eu aucune modification, néanmoins, ce parent peut évoquer de petits changements pour son enfant si on l'y invite, pourtant cela ne marque pas, pour lui de modifications notables chez son fils.

On note aussi que beaucoup de parents, en marge des réponses données, renvoient souvent ces modifications à une maturité de l'enfant, qui évolue dans le temps de la prise en charge.

6. L'évolution de la relation Parent-Orthophoniste

29 réponses ont été recueillies. Nous notons :

Dans 6 réponses (20.7%), il y a plus d'échanges avec l'orthophoniste, qui amènent le parent à plus de questionnements.

A 5 reprises (17.2%), le parent évoque la confiance qui s'est développée, et le fait qu'il s'en remet aujourd'hui à l'orthophoniste, s'appuie sur son professionnalisme, et sa bienveillance.

5 réponses ne font apparaître aucun changement dans les relations, et peu voire pas de questionnement sur ce qui est fait en séance ni sur le trouble de langage de l'enfant. (17.2%)

Dans 4 cas (13.8%), les questionnements des parents existent, et concernent la cause du trouble, et leur responsabilité en tant que parent dans l'apparition et le développement de celui-ci.

Dans 3 réponses (10.3%), l'orthophoniste apparaît comme un soutien pour l'enfant.

Dans 3 réponses (10.3%), il est un soutien pour le parent, qui témoigne d'une écoute privilégié avec lui.

1/29 réponse (3.4%) parle de soulagement par une prise en charge précoce

1/29 (3.4%) garde encore une impatience à voir se réduire le trouble de leur enfant

1/29 (3.4%) est venu à s'intéresser au contenu des séances.

7. Les modifications des relations avec l'entourage proche (famille élargie, amis…)

Ici les parents se sont montrés moins prolixes, et leurs réponses ont été plus courtes. Nous avons recueilli 15 réponses.

Dans 7/15 cas (46.6%), les parents n'ont noté aucune modification.

Dans 2/15 cas, cette question a donné lieu à une réponse évasive et diffuse, le parent ramenant la question aux difficultés de l'enfant.

Les autres réponses, positives quant aux modifications dans leur cercle relationnel, liées au trouble de langage de leur enfant, ont été plus individuelles :

Un parent a évoqué la difficulté pour les autres d'accepter un enfant « hors cadre », ce qui a freiné ces relations avec les femmes pour « refaire sa vie ».

Un autre a dû renoncer à un investissement socio-professionnel, ce qui a contribué à un certain isolement.

Un autre encore a pu parler du regard de la famille et des attentes de celles-ci dans le contexte d'une communauté religieuse très ancrée dans la tradition du Livre et la lecture demandée pour des cérémonies importantes concernant directement l'enfant.

Un autre a insisté sur un éloignement social, lié au fait que la famille ou les amis avaient du mal à accepter la présence de l'enfant « mais, pour moi, c'est l'enfant qui est prioritaire ».

Enfin, deux parents ont témoigné de modifications positives, par la capacité de la famille élargie à s'adapter mieux que le parent lui-même, et d'emblée à l'enfant. Ce comportement d'une branche de la famille se montrant plus patiente, plus douce a pu apaiser les tensions entre parent et enfant.

8. La difficulté majeure vécue par les parents au cours de la prise en charge orthophonique

Ici encore, ce sont des réponses relativement concises qui ont été obtenues.

17 réponses singulières ont été recueillies.

Pour 4 parents sur 15, la difficulté majeure rencontrée, est le doute éprouvé sur leur capacité à être un bon parent.

A 4 reprise, le parent évoque sa difficulté à modifier quelque chose dans sa relation avec son enfant, à s'adapter à ses difficultés de langage, sans être trop exigent ni trop protecteur, et le « laisser faire tout seul »

3 parents ont dit avoir du mal à accepter les difficultés de leur enfant

2 perçoivent comme contrainte majeure l'organisation du planning, avec des rdv réguliers sur le long terme.

1 situe la plus grande difficulté dans le fait de ne pas être entendu et écouté par le corps médical et enseignant, quant au trouble perçu et observé précocement chez son enfant.

1 évoque sa crainte que l'orthophoniste soit « suffisamment bien pour mon enfant »

1 a regretté de devoir rechercher seul des professionnels de santé connexes à l'orthophonie pour une prise en charge globale de son enfant, et a souffert de ce manque d'accompagnement

1 regrette le manque de structure médicale adaptée, évoque un dialogue difficile avec l'école, et aurait eu besoin de s'appuyer sur une institution pour ne pas devoir faire face seule à la problématique de son enfant.

IV. L'analyse des données

Nous tenterons dans ce chapitre d'apporter un éclairage aux données recueillies lors de l'entretien avec le parent, par des propositions d'analyse qui s'adosseront à la fois aux paroles des parents, et aux éléments théoriques développés en première partie.

Cette analyse s'organisera autour des 8 domaines ayant fait l'objet de recueil de données, certains pouvant être abordés conjointement.

1. Le motif de consultation, la perception du trouble et la demande de prise en charge

Les résultats du questionnaire font apparaître une certaine pluralité dans les motifs de consultation, qui va d'une pathologie bien définie, comme un trouble d'articulation, ou de graphisme, à une demande plus globale ou plus diffuse, comme un retard global dans les apprentissages, ou un trouble de la compréhension. Ceci met en évidence que le parent, vient avec un motif parfois diffus et imprécis. Lorsqu'il rencontre pour la première fois l'orthophoniste, le parent ne sait le plus souvent pas précisément ce qui ne va pas chez son enfant.

Il peut être pris dans une demande émanant d'autres personnes, en particulier l'enseignant, qui, lui, à 73.3% oriente vers le bilan orthophonique et constitue ainsi le point de départ d' un lien entre le parent, l'enfant et le professionnel de santé. A ce moment, dans ce premier temps de prise en charge il se peut que le parent suive la démarche un peu passivement. On note les parents ne sont que pour 20% à l'origine de la prise en charge. On remarque aussi qu'à 46.6%, les parents n'avaient pas perçu de problème de langage chez leur enfant.

Derrière un motif de consultation énoncé, peut ainsi se trouver une demande latente car c'est un moment un peu tangent, où le parent peut se sentir plus vulnérable, dépossédé d'une forme de savoir sur son enfant.

2. La relation parent-orthophoniste en début de prise en charge

Dès le début, la relation entre parent et orthophoniste n'est pas neutre : les résultats du questionnaire mettent ici nettement en évidence la distinction que l'on peut faire entre motif de consultation et demande sous-jacente : en effet, toutes les réponses obtenues parlent de demande. Quand elles prennent une expression précise, ces demandes sont principalement orientées par le besoin de conseils, et celui de comprendre.

Une partie des réponses obtenues montre des parents qui cherchent les termes d'un diagnostic qui définiraient en quoi l'enfant est « malade », avec le coté rassurant du diagnostic qui met des mots objectifs sur des choses insaisissables jusque là. C'est une première hypothèse, étayée par les aspects théoriques développés dans le chapitre I de notre partie théorique. L'effet recherché est alors pour le parent de décharger la charge anxiogène du flou perçu et non nommé (« mal nommer les choses, c'est ajouter aux malheurs du monde » écrit A. Camus). Le diagnostic, a un effet de révélation de pathologie qui soulage les parents dans un premier temps. Dès lors, le parent, pris dans un processus de deuil de l'enfant idéal, peut rester actif, ouvrant la porte d'un ré-investissement dans le soutien et l'aide à apporter à son enfant, via un professionnel compétent. Ainsi, dans cette hypothèse, bilan, diagnostic (10.71%), « clés » pour aider leur enfant (7.14%), explications techniques (7.14%) précisions sur le travail fait par l'orthophoniste (10.71%) et les moyens de rééducation, peuvent initier l'investissement du parent auprès de son enfant, pour se maintenir actif dans une maîtrise du réel, par le truchement de ce que les psychanalystes définissent comme un mécanisme de dégagement (phénomène dont la finalité est une réduction urgente des tensions internes), ou par le mécanisme de défense qu'est la rationalisation, et dont la finalité est de mettre à distance les affects .

Cette première analyse répond à 35.70% de la totalité des réponses des parents

Une autre partie des parents demandent à comprendre les difficultés de leur enfant de façon plus globale, par un échange verbal avec l'orthophoniste, moins analytique : des demandes vont vers des conseils (17.85%), une compréhension de ce qui dysfonctionne chez leur enfant (17.85%), une aide globale, pas clairement définie ni avec un objectif bien déterminé (17.85%). Dans cette deuxième hypothèse, le parent ne cherche pas une objectivation du trouble, il veut que l'orthophoniste lui explique ce qui se passe avec son enfant, ce qui ne va pas. Il cherche à s'adosser d'emblée à l'orthophoniste comme personne, et non aux éléments du bilan.

Cette deuxième catégorie représente la majorité des réponses (53.55%).

Face à des parents en demande, le bilan est souvent un outil et un support d'explications pour l'orthophoniste, mais il paraît évident ici que les parents ont besoin de la relation humaine avec l'orthophoniste. Il n'apparaît pas seulement à leurs yeux comme un technicien réparateur du langage, mais comme un appui avec qui il pourra échanger librement.

Si l'on approfondit un peu plus l'analyse de ces résultats, il apparaît que dans 5 cas sur 28, la demande des parents n'est pas clairement définie, et ils témoignent de leur impossibilité à faire face aux difficultés de leur enfant. Ils se trouvent démunis, parfois effondrés devant cette impasse où ils se trouvent devant l'aide à apporter à celui-ci. On retrouve l'idée de deuil de l'enfant idéal, évoquée dans la partie théorique (Chapitre I, III, 3), et soumise à un mécanisme de défense qu'est la rationalisation chez les parents de la première catégorie de réponses. Mais pour la majorité, le parent parvient plus difficilement à élaborer un mécanisme pour sortir de l'impasse, il est effondré, car ses représentations de l'enfant idéal investies jusque là ne collent pas à la réalité. Le conflit psychique qu'il vit intérieurement ne trouve pas d'issue, et c'est la relation avec l'orthophoniste qui est investie préférentiellement. La demande de ces parents est au fond une demande de parole à entendre. Il ne s'agit pas pour eux de venir chercher un guide à leur parentalité, qui serait douloureusement mise en cause, mais d'être écouté dans leur ressenti de parent, et d'être aidé pour maintenir -parfois construire- le lien avec leur enfant. Ce sont ces parents que l'on pourra par exemple retrouver à la question « Quelle a été votre plus grande difficulté au cours de la prise en charge de votre enfant ? », et qui pourront répondre « se sentir seul face au problème. Ce sentiment d'isolement a pu très souvent transparaître au cours des entretiens que nous avons mené auprès des parents, sans qu'il soit toujours verbalisé d'un point de vue formel, à travers les réponses aux questions. Il convient ici d'y consacrer une attention particulière, à travers une observation plus subjective, mais riche en éléments de compréhension des phénomènes relationnels en présence.

En effet, une hypothèse se dégage : l'investissement du parent auprès de l'orthophoniste, qu'il soit soutenu par un mécanisme de défense ou de dégagement, ou par des phénomènes appartenant au registre du transfert, témoigne d'un besoin d'échanges de la part du parent, non seulement à propos de son enfant, mais aussi un besoin qui concerne plus directement ce qu'il vit , lui de la situation. Ce que le parent investit dans les échanges avec l'orthophoniste participe à la mise en mouvement de la dynamique relationnelle soulevée par notre problématique.

3. La relation parent-enfant

3.1 Les demandes des parents

Les résultats du questionnaire montrent que dans plus de la majorité des cas, les parents attendent de leur enfant une participation à la vie quotidienne, et attendent d'eux un certain nombre de choses, même si l'enfant a des difficultés de langage. Par ailleurs, ce que les parents demandent à leur enfant, et attendent d'eux est dit explicitement. Ainsi dans le quotidien l'enfant est intégré aux situations de communication qui le concernent, et il existe une interaction parent-enfant.

Le domaine le plus investi par les parents dans ce qu'ils attendent de leur enfant est le domaine scolaire (50% des réponses obtenues).

Viennent ensuite des demandes d'ordre domestique. Ainsi, on pourrait dire que pour la plupart d'entre eux, le plus important, c'est l'école, et la participation aux tâches domestiques de la vie familiale. Ces deux domaines particulièrement investis par les parents touchent à l'aspect éducatif de la relation, il n'est donc pas incohérent de retrouver ici ces

types de réponses dans un questionnaire adressé aux parents : l'éducation est bien une prérogative essentielle de la fonction parentale. Les résultats du questionnaire montrent que cette fonction n'est donc pas désinvestie.

On peut se demander, devant ces résultats, pourquoi ces domaines sont-ils importants pour les parents ? D'une part, peut-être, la participation de l'enfant aux tâches domestiques, au même titre que chaque membre de la famille (mettre la table, ranger sa chambre, garder une bonne hygiène, être poli, jouer avec les autres, partager, aider, proposer ou demander de l'aide…), relève de sa capacité de maniement et de respect des codes en usage dans la société. Ces habiletés sociales auxquelles l'enfant doit se conformer témoignent, aux yeux des parents, de sa capacité à s'intégrer dans le groupe social. Ici les données recueillies au cours des entretiens avec les parents peuvent être nuancées, dans ce domaine, les demandes des parents sont beaucoup moins souvent explicites, sauf pour ce qui concerne la politesse et le comportement.

D'autre part, pour ce qui est du domaine scolaire, il se peut que la demande des parents de bien travailler à l'école suggère une exigence qui touche à l'intégration sociale de leur enfant, mais aussi à un bon fonctionnement de l'enfant du côté des performances intellectuelles.

Ces deux domaines où les attentes sont fortes de la part des parents pourraient ainsi se traduire : mon enfant s'intègre bien dans la société et ses codes, mon enfant a des capacités intellectuelles conformes à ce qu'on attend de lui, donc mon enfant fonctionne bien. Educatif et fonctionnalité peuvent alors se répondre, et pour l'aspect éducatif auquel ils touchent, ces deux domaines seraient ainsi des marqueurs de la fonctionnalité de l'enfant.

En poursuivant l'analyse des résultats du questionnaire, nous notons un point important qui représente 15% des réponses : 3 parents disent avoir eu d'emblée trop d'exigences, ou des exigences trop élevées pour leur enfant. C'est-à-dire que dès le début ils avaient des attentes inadaptées, n'en avaient pas toujours conscience, bien que percevant l'existence d'un trouble chez leur enfant. On peut donc voir ici à quel point les parents peuvent se trouver démunis face à un enfant en difficulté de langage, et comment ils sont dans une impasse éducative, puisque les exigences demeurent, voire s'intensifient. Un des parents a pu témoigner d'une réaction de rejet vis-à-vis de son enfant et d'une exigence accrue face à un trouble du langage oral : « Parfois, ça m'énervait qu'il parle mal, alors je lui disais tout le temps de parler mieux ». Un autre parent a pu évoquer ce « trop » d'exigence, mais aussi l'évolution et l'adaptation qui a pu se faire à mesure d'une prise de conscience (et de l'acceptation) des dysfonctionnements de son enfant. Ce parent ajoute que cette prise de conscience s'est faite progressivement, en concomitance avec la prise en charge de son enfant en orthophonie. Ce parent ajoute encore : « J'étais tellement en souffrance, il y avait tellement de tensions, que ça m'a amené à faire un travail sur moi, pour maintenir le lien avec ma fille ».

3.2 Les modifications volontaires des parents dans la relation Parent-Enfant

On le voit dans le paragraphe précédent, la question de l'adaptation au trouble est centrale dans la relation parent-enfant. Encore faut-il que le trouble de langage de l'enfant ait été nommé.

Les données du questionnaire font apparaître plusieurs points sujets à réflexion :

Si dans 23.5% des réponses obtenues, les parents témoignent d'ajustements apportés dans leur manière de s'adresser à leur enfant, 11.8% disent avoir peu ou n'avoir rien modifié dans leur manière de faire. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette proportion : le bilan a pu révéler un trouble mais les explications données par l'orthophoniste pas suffisamment explicites pour le parent, le bilan a pu révéler un trouble complexe, et le parent a pu avoir du mal à comprendre de quoi il s'agissait, et en voulant agir pour aider son enfant, le parent peut ne pas avoir investi la relation avec l'orthophoniste, et reste passif quant à la prise en charge de l'enfant. Le parent a pu aussi bien faire un déni et mettre en place ce mécanisme de défense face à une réalité trop difficile à intégrer pour lui, le parent peut aussi ne pas avoir conscience que des changements se sont mis en place dans la relation avec son enfant, par exemple cette maman, prise dans des paradoxes, qui disait être trop exigeante envers sa fille, qui répond « non, je n'ai rien modifié dans ma manière d'être avec ma fille », et qui précise un peu plus loin : « oui, maintenant, je lui mets moins de pression et on démystifie la note scolaire ». Les cas particuliers de ces parents auraient mérité d'être examinés de manière plus approfondie pour comprendre ce qui les conduit à affirmer qu'il n'y a eu aucune ou très peu de modifications dans la manière d'être en relation avec leur enfant au cours de la prise en charge orthophonique.

Pour les réponses positives à cette question, plusieurs nuances se dessinent. Une question aurait pu être ajoutée au questionnaire, cherchant à préciser le moment à partir duquel les changements volontaires de la part des parents se sont mis en place. Néanmoins, lorsque les parents y font spontanément référence, et que nous demandons dans quel contexte ces changements ont débuté, parmi les parents interrogés, 2 précisent que les modifications qu'ils ont mises en place font suite à un entretien spécifique avec l'orthophoniste, tandis que 7 parlent d'échanges plus informels, au cours desquels ils ont pu comprendre et percevoir aussi de façon plus implicite la nécessité d'ajustement dont leur enfant avait besoin. Dans 6 cas, aucune demande de conseils explicite n'a été formulée par le parent. Les prises de conscience semblent souvent s'être faites par le biais de la qualité des rapports avec l'orthophoniste (plus que de la quantité d'entretiens codifiés avec lui), ainsi que de ce qui a pu s'élaborer individuellement chez le parent à partir des observations exprimées par l'orthophoniste, et de ses propres perceptions de parent. De ce que les parents en disent dans leur discours recueilli lors de l'entretien, ce rapport ouvre souvent sur une présence accrue à l'enfant, et une plus grande disponibilité de la part du parent (plus particulièrement de la part du parent qui a l'habitude d'accompagner l'enfant chez l'orthophoniste). Ainsi, bien qu'aucune guidance formelle n'ait été mise en place par l'orthophoniste autour de la pathologie de l'enfant, les parents initient des changements. On peut alors émettre l'hypothèse que ces changements sont d'une part un effet direct de la qualité des échanges dans la relation Parent-Orthophoniste, d'autre part un effet indirect des modifications issues de la prise en charge de l'enfant.

Ces changements se déclinent sur plusieurs domaines de la relation parent-enfant. Ce qui ressort en priorité, ce sont les ajustements concernant la manière de s'exprimer et de s'adresser à l'enfant : les explications données par le parent sont le plus souvent plus concises et plus courtes : un parent a pu l'énoncer en ces termes : « Je comprends mieux ses difficultés et je peux m'y adapter ». On peut renvoyer cette meilleure compréhension des difficultés de l'enfant, d'une part à la relation avec l'orthophoniste et les explications qu'il donne, d'autre part, et par hypothèse, à une mise à distance de la surcharge émotionnelle. La qualité de relation avec l'orthophoniste permettrait une meilleure *répartition des charges*, une forme de « partage » entre l'orthophoniste et le parent. L'orthophoniste prendrait la part thérapeutique, et le parent la part éducative. Cette nouvelle répartition se ferait naturellement de façon implicite, voire inconsciente, et permettrait au parent une plus grande disponibilité d'esprit pour mieux comprendre le trouble, avec en conséquence une plus grande disponibilité et capacité d'adaptation à l'enfant.

Cette hypothèse pourrait expliquer que plusieurs parents témoignent de moins d'exigence, notamment concernant les résultats scolaires, moins de conflits, moins de fessées, soit, en tout 14 réponses de parents sur 31, évoquant une nette baisse de la pression sur les épaules de l'enfant, de même que du degré d'angoisse ressenti par le parent vis-à-vis du problème de langage.

Parmi toutes les réponses données, plusieurs sont singulières, montrant la pluralité des modalités de changement exprimées par les parents. On relève particulièrement cette réflexion spontanée d'un des parents : « En fait la progression de l'enfant par rapport au langage crée un lien entre le cabinet d'orthophonie et la maison ». Ce qui est mis en lumière par le parent, c'est que l'enfant, à travers ses difficultés et les progrès dans son rapport au langage, est porteur d'un bouleversement potentiel des rapports pour tout le système relationnel familial, voire révélateur de certains dysfonctionnements internes au système (un parent a pu évoquer le questionnement profond sur son fonctionnement personnel auquel elle en est venu, « pour rester en relation » avec son enfant) . Il deviendrait indirectement initiateur de modifications relationnelles, porteur de transformations rendues nécessaires.

3.3 Les activités partagées

Bien que la disponibilité des parents semble faire l'objet de modifications allant dans les sens d'une augmentation du temps consacré à l'enfant, ce paramètre n'apparaît que très peu dans l'exploration du paramètre « activités partagées » au cours des entretiens.

Le temps partagé est essentiellement consacré aux devoirs scolaires, et les parents témoignent peu de modifications des habitudes en la matière depuis le début de la prise en charge : ce domaine reste une priorité. Il apparaît donc au vu de cette première constatation, que la prégnance de l'exigence scolaire reste importante malgré les prises de conscience évoquées plus haut, ce qui montre aussi la difficulté pour les parents d'assouplir leurs attentes dans ce domaine. Ce surinvestissement des devoirs scolaires, qui, précisent les parents, prennent un temps considérable, peut être mis en regard de la problématique d'autonomisation d'un enfant en difficulté de langage. L'enfant est peu autonome, et on peut penser que le parent cherche à l'aider par une présence importante lors des devoirs.

Un autre point particulier à soulever, est la difficulté du parent à dégager du temps pour l'enfant (en dehors des devoirs), en raison de la présence des frères ou sœurs. La place de l'enfant semble ainsi s'inclure dans celle *des enfants* au sein du système familial.

Le jeu est néanmoins présent dans les activités partagées et le temps passé seul avec l'enfant. Il semble que dans certains cas, ce temps est considéré comme un temps privilégié avec l'enfant, même si les autres enfants plus jeunes sont présents dans la pièce. Le parent a le sentiment de partager quand même du temps avec son enfant. Différents types de jeux sont évoqués comme moment de connivence et de partage, mais c'est ici principalement les jeux de société qui prévalent. On peut renvoyer cela au fait que le jeu de société est un jeu de règles, et que s'en remettre à une règle extérieure au parent, identique et applicable à tous place les deux joueurs sur un pied d'égalité, qui libère des échanges dégagés du rapport de hiérarchie parent-enfant. Néanmoins, les parents témoignent à cet endroit de la difficulté pour l'enfant de suivre ces règles sur la durée, et de comportements réactionnels qui mettent souvent un terme au jeu…en créant parfois des situations de tension. Ces situations d'échanges sont donc parfois contre-productives en terme de partage parent-enfant. Dans ce contexte, l'adaptation du parent à une situation de jeu réglé par une loi extérieure semble faire défaut, corroborant le fait que peu de changements ont vu le jour dans ce domaine, et que les prises de conscience des parents doivent encore s'y appliquer et s'y décliner. L'orthophoniste pourrait avoir un rôle à jouer ici, en amenant l'enfant au respect des règles, à travers une rééducation qui intègre et décline la notion. Cet accès à la règle s'inscrit selon Piaget dans un processus de maturation : le jeu de règle, d'après cet auteur signe un progrès par rapport au jeu symbolique, qui reste donc un fondement de l'apprivoisement de l'autre et la construction d'une véritable altérité. Or, d'après les développements proposés dans notre partie théorique, la notion d'altérité est une condition au langage adressé, et le rôle de l'orthophoniste pourrait bien être fondamental (à travers par exemple le jeu symbolique, et la mise en œuvre des médiateurs thérapeutiques dont c'est une des fonctions) pour aider l'enfant dans cette construction.

En considérant les résultats dans le domaine des activités partagées, on peut noter un aspect particulier concernant la lecture de contes ou d'histoires à l'enfant. 10 % des réponses montrent que les parents lisent régulièrement, voire quotidiennement une histoire à leur enfant, mais on note aussi qu'un certain nombre de parents disent ne plus lire à leur enfant, depuis qu'ils ont appris à lire. Or, dans la littérature, de nombreux orthophonistes ainsi que pédagogues attirent l'attention sur le fait que ce temps partagé de la lecture à l'enfant est utile, au-delà de la lecture elle-même. Lire un livre à l'enfant constitue un dispositif qui favorise l'apprivoisement du langage écrit. Serge Boimare, (Serge Boimare, 2004, « Introduction en hommage à Grimm » p.1-4) ajoute que cet apprivoisement est absolument nécessaire pour que le langage écrit prenne sens chez l'enfant. De plus, la lecture à l'enfant renforce la notion de plaisir qui reste très importante aux yeux des parents dans les activités qu'ils partagent avec leur enfant.

En effet, la plupart des parents soulignent le fait que partager du temps et des activités avec leur enfant se fait -hormis les devoirs scolaires- sans chercher les performances. Les attentes sont moins fortes, quelle que soit la forme que puisse prendre celles-ci. Elles peuvent même être absentes. Ce temps privilégié peut être décrit comme un temps d'échange de compétences (dans le sport, par exemple 10% des réponses) ou de sensibilité (par exemple au cinéma, dans 15% des réponses, ou des activités créatrices), un temps où l'enfant peut s'exprimer (lors de discussions avec le parent, dans 2.5% des réponses).

On le voit, si le temps de partage consacré exclusivement à l'enfant est qualifié par les parents d'important car touchant à la notion de plaisir et de loisir, de diminution de la tension, il reste parfois difficile à mettre en place et la disponibilité n'est pas toujours au rendez-vous, pour des raisons qui n'incombent pas forcément au parent. « Il faut que je sois aussi avec mon autre petit » a pu confier un parent.

4. La relation enfant-parent : les modifications concernant l'enfant, observées par le parent

De nombreuses réponses sont données par les parents, ce qui montre que ceux-ci sont attentifs aux mouvements et à l'évolution de leur enfant. Au cours de l'entretien, le parent n'éprouve pas de difficulté à identifier les points sur lesquels il a observé des changements chez son enfant. Et dans la quasi-totalité des réponses, il s'agit de changements positifs. Nous avons relevé 9 points, dont certains se répondent.

4.1 L'Expression des émotions

Si l'enfant parvient mieux à exprimer et à canaliser ses émotions, on peut penser que c'est directement lié au fait que d'une part sa rééducation orthophonique l'aide à apprivoiser le langage, d'autre part il trouve au sein de sa famille, de ses parents en particulier un terrain favorable et réceptif à son expression.

On peut, en s'appuyant sur les aspects théoriques développés au chapitre I, 1 et au chapitre III, analyser ainsi le cheminement de l'émotion : Au commencement de l'expression d'une émotion, il y aurait un senti désorganisé, un peu chaotique, une sensation autocentrée, d'ordre sensori-moteur et corporel, impossible à mettre en mots pour l'enfant dont le langage n'est pas un appui sécure. Lorsque ce senti primaire est pris dans une expérience vécue avec le thérapeute, elle deviendrait un éprouvé. Ici, les médiateurs thérapeutiques joueraient alors pleinement leur rôle, à travers toutes leurs fonctions : ils seraient supports des expériences de l'enfant, *et* de la relation au thérapeute. C'est là que l'orthophoniste a une action importante à mener. En s'investissant dans le médiateur à hauteur de l'éprouvé de l'enfant, il pourrait le rejoindre là où il est, l'assurer de sa présence pour provoquer une altérité et mettre des mots sur l'éprouvé de l'enfant. Ainsi, s'initierait le mouvement de désir qui préside à l'avènement du langage qui fait sens, au-delà de sa fonctionnalité de communication.

Ainsi en travaillant la relation au langage, pas seulement dans son aspect fonctionnel, l'orthophoniste aiderait l'enfant à se saisir du langage : Un apprivoisement au sein du dispositif thérapeutique, et à travers lequel l'enfant découvre l'usage du langage pour exprimer ce qu'il *re*ssent (il y a une *réflexivité* du senti), dans un mouvement où autrui a une place.

4.2 La confiance en soi

On peut analyser ce point par le fait que sur une année au moins de prise en charge orthophonique, dans le meilleur des cas, l'enfant peut d'une part consolider son arrimage au langage, s'en approprier les règles, en user tant dans son expression que dans sa compréhension, et d'autre part s'appuyer sur une relation avec le thérapeute qui répond à des phénomènes transférentiels contenants. Ce double contexte pourrait favoriser une diminution de l'angoisse et un apaisement intérieur. Par ailleurs, nous avons vu plus haut que de son côté le parent témoigne aussi de cette baisse de l'angoisse vis-à-vis du problème. Ces deux phénomènes conjoints se potentialisent donc pour créer un climat plus stable.

Un parent a pu parler en ces termes des modifications de son enfant dans le sens d'une amélioration de la confiance en lui : « L'orthophonie lui donne une ossature »

Néanmoins il n'en est pas toujours ainsi, et le fond d'anxiété, les réponses des parents en témoignent, demeure bien souvent. Même si l'enfant montre une plus grande confiance en lui, c'est un aspect qui reste fragile, et demande une vigilance continue, à la fois pour l'enfant, pour les parents, et pour le thérapeute.

4.3 L'expression des demandes

Dans la suite de l'analyse des deux points précédents, on peut ajouter qu' un gain de confiance et un maniement plus aisé du système langagier, ainsi qu'une accroche au mouvement de désir, aideraient l'enfant à nuancer et à orienter ses demandes. Il devient possible pour lui non seulement d'organiser ses émotions, mais aussi d'élaborer sa pensée, ses souhaits jusqu'à une demande mieux exprimée, adaptée et adressée. Une maman dit de son fils que « ses demandes sont plus douces ».

4.4 L'amélioration du comportement, le respect des règles et du cadre

Le cadre thérapeutique (différent du cadre éducatif, comme précisé chapitre I, III) offre un lieu, un temps, un rythme, un contexte de confidentialité qui ont pour but de favoriser l'expression de l'enfant, en stimulant ses capacités d'évocation et la structuration de sa pensée. Le cadre s'adapte à la singularité de l'enfant, et l'enfant est lui aussi invité à s'adapter au cadre. Ici, en même temps qu'il est confronté à une intégration de contraintes liées au cadre thérapeutique, l'enfant fait l'expérience des règles qui régissent la langue. Pour pouvoir accepter et user de ces règles, il doit passer par l'étape de l'accès à l'ordre symbolique, qui suppose une différentiation par la Loi (voir chapitre II, III).

L'amélioration du comportement, et un meilleur respect des règles dont témoignent les parents semblent signer le fait que l'enfant n'est plus pris dans des fonctionnements exclusivement pulsionnels, qu'il a commencé à intégrer, donner sens donc accepter les contraintes et les lois liées au langage, et étayées par le cadre thérapeutique.

4.5 L'ajustement de l'enfant au parent

Dans la droite ligne de l'analyse que nous venons de donner, l'enfant devient capable de s'ajuster à la demande du parent, et plus généralement à l'adulte (7.4% des réponses vont dans ce sens). Ainsi ce qu'il exprime est de plus en plus adressé, et appelle un retour de la part de l'autre : « il cherche maintenant à être compris » dit un parent. On peut supposer que son appétence à s'exprimer (« trop, même ! » dit une maman) et l'amélioration de son expression orale (11.9% des réponses le montrent) découlent directement de l'évolution de ses compétences. L'enfant « veut montrer ce qu'il sait faire » dit un papa, il a conscience de ses capacités pour 3% de réponses recueillies, et un parent constate que l'enfant est plus patient.

4.6 L'amélioration des résultats scolaires

Les parents donnent cette réponse dans 9% des cas, alors même que les attentes de ceux-ci vis-à-vis des résultats scolaires étaient plus de 5 fois plus élevées au départ. Il semble donc que lorsque les parents parlent des modifications observées chez leurs enfants, le paramètre « résultats scolaire » perde de sa suprématie, au profit d'autres aspects plus subjectifs, et moins mesurables, comme le registre émotionnel ou la confiance en soi qui sont plus souvent évoqués comme changements positifs pour l'enfant.

Une amélioration est toutefois notable dans un certain nombre de cas, les parents constatant de meilleurs résultats scolaires. Ce phénomène peut s'expliquer à la lumière de ce qui a été analysé jusqu'ici : un arrimage au langage, une confiance accrue, un meilleur maniement de la langue, un investissement dans le langage qui prend sens, une amélioration du comportement par l'acceptation de règles et une canalisation possible des pulsions, permettent une capacité d'élaboration de la pensée, et une expression possible, qui facilitent l'entrée dans les apprentissages.

Mais on peut également constater dans une moindre proportion que les résultats scolaires ne sont pas améliorés. La prise en charge orthophonique n'aurait ainsi pas un effet majeur sur les résultats scolaires, et en cela ne répondrait pas à une attente des parents par rapport à leur enfant.

Les résultats sont donc contrastés dans ce domaine.

4.7 Les échanges avec la fratrie

Sur ce plan encore, le langage devient porteur de sens pour l'enfant, l'oriente vers une qualité relationnelle plus adaptée, et vers une communication possible avec ses frères et sœurs. On peut aussi analyser cette donnée comme une possibilité qu'a l'enfant de se confronter aux enjeux concurrentiels qui ont cours le plus souvent au sein d'une fratrie. Concurrence de place, d'autorité, de soumission ou de domination, concurrence et hiérarchie, pouvant avoir pour enjeu une mise à l'épreuve de l'amour parental. Ces registres, directement en lien avec les conflits psycho-affectifs qui animent les relations fraternelles, l'enfant touché par des troubles du langage peut y prendre part, dès lors que le langage est un appui aux échanges.

4.8 L'autonomie

Ce thème de réponse apparaît dans 7.4% des réponses spontanément données par les parents.

Les parents attribuent souvent le fait que leur enfant gagne en autonomie, à une maturité croissante, qui va de pair avec la prise en charge. En effet, pendant ce temps où l'enfant est en rééducation orthophonique, il grandit et mûrit. Il peut alors être difficile de faire la part de ce qui est attribuable à la prise en charge et la part de ce qui serait une évolution naturelle, et que les parents considèrent comme telle. Peu d'éléments objectifs nous permettent de trancher sur ce point. On peut cependant noter que ce qui se joue dans les processus d'arrimage et d'investissement de l'enfant au langage et dans les enjeux relationnels avec l'orthophoniste, peut s'intégrer à des processus qualifiés par les parents de « naturels ». Peut-être sont- ils deux paramètres importants sur lequel s'appuie l'enfant dans son développement psychique et cognitif.

4.9 L'absence de modifications dans la relation de l'enfant au parent

Il convient de dire quelques mots sur cette réponse obtenue de la part d'un seul des 15 parents.

La situation est celle d'un papa, dont le fils de 7 ans est suivi depuis deux ans en CMP , et dont nous avons pu suivre l'évolution au cours de notre stage de 4ème année dans cette institution. L'enfant présente une pathologie du langage oral, inscrite dans un tableau clinique lourd et complexe nécessitant des prises en charge multiples (orthophonie, psychomotricité). Le papa, très proche de son enfant, et conscient du soutient qu'avait apporté les prises en charges au CMP s'est prêté volontiers au questionnaire, élaborant des réponses réfléchies, témoignant des questionnements qu'il a pu ou peut avoir à propos de son fils et des ajustements nécessaires qu'il a mis en place. Ce papa dit n'avoir constaté que peu, voire pas de changements pour son fils en ce qui concerne ses difficultés de langage depuis le début de la prise en charge. Pourtant, il parle au cours de l'entretien des modifications dans le comportement de son fils, qui permettent que les relations avec ses frères et sœurs soient plus fluides. Dans ce domaine, le papa a pu noter une plus grande appétence au langage et une envie pour son fils de s'exprimer avec ses frères et sœurs. Il évoque aussi une angoisse chez la mère qui s'est apaisée, ouvrant la relation mère-fils à des échanges verbaux.

De notre côté, nous constatons une évolution importante dans l'intelligibilité et les échanges de l'enfant au cours des séances. Là où il y encore quelques mois cet enfant se saisissait des figurines d'animaux pour mettre en scène des combats chaotiques où les rôles des « personnages » n'étaient pas vraiment attribués, le scénario pas organisé et les sons émis le plus souvent archaïques, il lui est désormais possible de construire un dialogue adressé. L'intelligibilité du discours est encore imprécise mais l'enfant cherche à se corriger pour se faire comprendre et échanger avec l'adulte au cours de son jeu.

Pour autant le papa ne considérait pas, au moment de la passation du questionnaire, qu'il y avait là matière à parler de modifications dans la relation que l'enfant établit avec autrui (avec le parent en particulier).

Excès d'exigence de la part du père ? Déni des changements ? Volonté inconsciente de ne pas mesurer l'évolution, fixant son fils dans une identité définie par la déficience ou le handicap, identité qui, aussi douloureuse soit-elle donne à son enfant une place à part ? Durée longue avant que ces changements aient lieu, et soient ostensibles à ses yeux? Temps nécessaire pour intégrer ces changements et les considérer comme des nouveaux acquis pour son fils ? Beaucoup d'interprétations peuvent s'élaborer autour de ce paradoxe.

Mais cela montre aussi l'écart qui peut exister entre ce qui est objectivement évalué par le thérapeute, et ce qui est vécu subjectivement par le parent. Ce qui amène aussi à penser en ces termes la relation Orthophoniste-Parent.

5. L'évolution de la relation Parent-Orthophoniste

Sur les 15 parents qui se sont prêtés au questionnaire, 9 ont donné des réponses simples et concises, et 6 ont enrichi leur réponse de commentaires.

Le premier point qu'il convient de souligner, est que pour 5 parents, aucune modification des relations n'est notable. Plusieurs pistes de réflexion peuvent être envisagées pour éclairer cette proportion :

On peut analyser ce phénomène en faisant l'hypothèse que le parent reste extérieur à ce qui se passe au sein du cabinet d'orthophonie, soit parce qu'il est essentiellement centré sur son enfant, et qu'il n'intègre pas le paramètre « relation avec l'orthophoniste » comme présentant un intérêt majeur dans l'évolution de celui-ci. Un peu comme si la difficulté de son enfant se vivait dans un huis-clos entre lui et ce dernier.

On peut aussi envisager, en reprenant l'hypothèse de *répartition des charges* avancée plus haut, que cette répartition peut ne pas être harmonieuse et équilibrée, le parent se déchargeant sur le thérapeute du « fardeau » que représenterait la difficulté de son enfant.

Il se peut aussi - et cette piste prend appui sur des paroles de parents : « Non, les rapports n'ont pas changé, Je lui ai fait confiance dès le début, et je continue à lui faire confiance, parce que je vois que mon enfant progresse » - que les parents soient d'emblée en confiance avec l'orthophoniste, et ne se posent pas de questions sur sa manière de travailler, ni ne ressentent le besoin d'en savoir plus ou de comprendre les tenants et les aboutissants du trouble dont souffre leur enfant.

A l'inverse, certains parents peuvent avoir, de façon plus ou moins manifeste, une forme de méfiance quant aux modalités d'une prise en charge médiatisée (nous avons pu entendre au cours de nos stages pratiques ce genre de propos :

« - Alors ? Tu as bien travaillé avec l'orthophoniste ? Qu'est-ce que tu as fait ?

- Oui, on a joué ?

- Joué ? (froncement de sourcils réprobateur) »

Il peut s'en suivre, probablement par manque de compréhension et d'information, une forme de suspicion quant au bien-fondé de la méthode et à l'utilité de la prise en charge,

suspicion qui reste tue du côté du parent, scotomisant une relation avec l'orthophoniste qui pourrait pourtant donner lieu à des éclaircissements de part et d'autre.

Une autre piste encore peut envisager une passivité des parents, trop démunis. Peu conscients des enjeux du langage, et peu conscients du problème, ces parents sont peu demandeurs de relation, d'éclairages et d'échanges avec l'orthophoniste.

Il va de soi que ces tentatives d'explications ne sont en aucun cas des généralisations, elles pourraient plutôt constituer des pistes de recherches ultérieures, à propos de la manière dont l'orthophoniste peut envisager la relation avec les parents d'un enfant suivi en rééducation. Il semble en effet, que thérapeute soit amené à prendre en considération sans jugement et dans un contexte singulier propre à chaque cas, la présence ou la non-présence d'un parent au cours de la prise en charge.

Mais pour en revenir à une analyse plus globale des résultats obtenus pour cette question, plusieurs points sont particulièrement mis en évidence parmi les autres réponses recueillies.

C'est la question qui a amené le plus de réflexions librement exprimées de la part des parents. Ces réflexions étaient manifestement le fruit de leurs questionnements quant à la rééducation menée, et son effet sur leur enfant. En effet, dans leur expression spontanée, les parents font état de leur opinion par rapport au travail en orthophonie, mais aussi de leur ressenti plus intime, qui inclut leur enfant dans la relation qui s'est construite avec l'orthophoniste, ce qui vient soutenir notre thèse d'une dynamique relationnelle triangulée qui voit le jour au cours de la prise en charge orthophonique.

Lorsque la relation avec l'orthophoniste est investie par le(s) parent(s), l'intérêt pour le contenu des séances n'apparaît qu'une seul fois : le parent dit : « Le jeu, c'est bien, parce que ça lui (l'enfant) permet de parler et l'orthophoniste le corrige ». Mais pour la plupart, ce n'est pas ce qui constitue l'essence de la relation. Un parent manifeste une impatience à voir se régler le trouble, et un autre se dit soulagé par la prise en charge précoce qui a pu être menée par l'orthophoniste. Ces éléments peuvent orienter vers l'idée que l'inquiétude des parents est encore présente, et que le lien avec l'orthophoniste ne soulage pas complètement les angoisses.

Cependant, on perçoit à travers les réponses, que les parents ont pu trouver dans la relation de confiance avec l'orthophoniste une possibilité de soulager leurs angoisses. Ils s'en remettent à la bienveillance et au professionnalisme du thérapeute. L'orthophoniste est décrite comme un *soutien* pour l'enfant (« Elle est le premier témoin de son évolution », « Elle a encadré son apprentissage », « La relation avec l'orthophoniste s'est modifiée à travers l'évolution de mon enfant »)…et pour le parent : le lien qui s'établit peut être un terrain d'expression de leur ressenti, parce qu'ils se sentent écoutés. Plusieurs témoignent dans ce sens : « On se sent épaulé », « On se sent moins seul face au problème », « Il y a des alternances de tensions et d'apaisement dans la relation avec mon fils, et l'orthophoniste m'aide à comprendre ces variations, parce qu'elle m'écoute ».

Ainsi la relation que les parents construisent et entretiennent avec l'orthophoniste prend dans un certain nombre de cas une tournure qui ne se limite pas à la réponse qu'ils venaient chercher au départ, à une demande initialement orientée par les difficultés de l'enfant. Les parents ne viendraient alors pas vraiment (pas seulement) chercher dans la relation avec l'orthophoniste une technique ayant pour but précis d'appliquer un savoir faire pour aider

leur enfant. En amenant leur enfant chez l'orthophoniste, ils amènent aussi leur vécu propre dans cette histoire avec leur enfant. Lorsque la relation de confiance s'établit avec l'orthophoniste, ce lien (parce qu'il présente la garantie de confidentialité) est aussi pour les parents un lieu privilégié pour déposer une parole intime qui parle de leurs questionnements, de leurs doutes, de leurs impasses, de l'impossible qu'ils rencontrent au cœur de ce qui touche à leur parentalité. Dans 13.8% des réponses, les questionnements des parents concernent leur responsabilité dans l'apparition et le développement de la pathologie du langage. A plusieurs reprises au cours des entretiens, les questionnements des parents ont pu révéler de façon plus ou moins sous-jacente, plus ou moins douloureuse, mais avec souvent des réactions émotionnelles palpables, voire même impossibles à retenir chez le parent, la responsabilité (ou même parfois la culpabilité) qu'ils s'attribuent dans la pathologie de leur enfant.

Et l'orthophoniste se fait alors témoin de la relation Parent-Enfant, parce que d'une part il est témoin de la problématique de l'enfant, peut en éclairer les aspects auprès du parent, et d'autre part, il s'engage auprès de l'enfant à lui donner les moyens de modifier ses rapports au langage, et fonctionner avec sa pathologie.

La relation bijective Parent-Orthophoniste / Orthophoniste-Parent s'inscrirait donc dans un contexte qui dépasse la seule technique de rééducation, et témoigne d'une triangulation relationnelle.

6. Les modifications des relations avec l'entourage

Ce qui apparaît ici le plus manifestement, c'est que :

Pour 7 parents, la prise en charge en orthophonie n'occasionne aucune modification des relations avec l'entourage, la famille élargie, oncles, tantes, grands-parents, les amis. L'un des parents précise : « Tous les enfants que je connais vont chez l'orthophoniste, alors ce n'est pas un problème ! ». Un autre, un peu surpris par la question : « non, rien n'a changé, un enfant qui a des difficultés de langage, c'est pas la fin du monde ! »

Ces réactions montrent que près de la moitié de ces parents considèrent qu'avoir un enfant en difficulté de langage ne désorganise pas le système familial au sens large, ni les relations sociales.

Dans 2 cas les parents, observent des changements positifs au sein des relations amicales ou familiales. Il peut arriver que les grands-parents, oncles, tantes de l'enfant aient un effet tampon auprès des parents. Mieux aptes (parce que touchés de moins près ?) à s'adapter aux dysfonctionnements de l'enfant, ils ne développent pas d'angoisse majeure, et apaisent les tensions qui peuvent exister entre le parent et l'enfant. Ils peuvent même rassurer les parents, et diluer une partie de leurs angoisses en dédramatisant le problème.

Dans d'autres cas, le fait d'avoir un enfant dont les difficultés de langage sont prises dans un tableau plus large avec des pathologies connexes, par exemple un comportement inadapté aux codes sociaux en vigueur (il existe, nous l'avons vu, un lien fort entre ces deux paramètres), a pu causer un éloignement social ou familial. Certains parents disent le refus plus ou moins clairement exprimé des grands-parents pour s'occuper de l'enfant, le garder, passer quelques jours avec lui. Ou encore les amis qui «ne voulaient pas subir les

désagréments d'un enfant qui s'agite, s'exprime mal, se tient mal, ne comprend pas ce qu'on lui dit », dit une maman ; ou encore : « Ils ont du mal à accepter sa présence ». Face à cette réaction, un parent a pu dire : « Quoiqu'il en soit, c'est l'enfant qui est prioritaire. Et tant pis, on ne se voit plus. Mais ça a permis aussi de faire du tri dans nos relations ».

Mais d'autres parents encore témoignent d'une certaine souffrance liée à un éloignement plus subi que choisi de leur sphère sociale, pour des raisons différentes.

Pour un papa divorcé, par exemple, ayant la garde de son fils, « avoir un enfant en difficulté m'empêche et me freine dans mes relations avec les femmes, et je n'ai pas refait ma vie : c'est difficile pour une femme d'accepter un enfant hors-cadre ». Ou encore une maman non-francophone qui, organisant son planning au gré des rendez-vous médicaux liés à la pathologie de son enfant, et souhaitant l'accompagner dans sa scolarité, n'a pas pu mettre en place un apprentissage du français pour elle-même, et s'est coupée de possibilités qui auraient pu lui ouvrir une perspective professionnelle satisfaisante.

Les pathologies du langage écrit peuvent également soulever des problèmes dans les relations sociales. Une maman évoque les conséquences de la dyslexie de son fils de 13 ans, face aux exigences liées à sa Bar Mitsva, où « il faut lire un paragraphe de la Bible en hébreu, et il n'y arrive pas, alors ses grands-parents font des remarques et ça l'angoisse encore plus. Ca crée une pression dans la famille, et ça perturbe nos relations. »

On voit à travers les propos rapportés par les parents que l'éloignement socio-familial lié aux difficultés de langage de l'enfant est une réalité très concrète pour près d'un tiers des parents (4/15).

Enfin, il est également important de noter que 2 parents éludent la question, ramenant leur propos à la pathologie de l'enfant, sans évoquer l'entourage social ni familial. Leur réponse évasive ou leur non-réponse peuvent être entendues comme une impossibilité à envisager la question, soit parce que cela soulèverait une problématique trop lourde à aborder, soit parce que cet aspect ne leur semble pas pertinent, soit pour ramener implicitement leur préoccupations sur ce qui concerne l'enfant, ce recentrage pouvant être favorisé par le contexte de passation , avec des questions précédentes où l'enfant est au centre des réflexions.

7. La difficulté majeure rencontrée au cours de la prise en charge de l'enfant

Cette question donne lieu à des réponses relativement concises, n'appelant que très peu de commentaires, comme si c'était pour le parent l'occasion de synthétiser en une phrase leur vécu de la relation à leur enfant, mis en perspective.

Parmi les 17 réponses recueillies, trois aspects essentiels ressortent quant aux difficultés majeures rencontrées :

D'abord on retrouve ici posée la question de la parentalité, soulevée par l'enfant à travers sa pathologie, et actualisée dans la relation du parent avec son enfant (11 réponses sur 17 vont dans ce sens) : dans 4 cas sur 17 est évoqué le doute à être une bonne mère (un papa

parle de « la souffrance et l'angoisse de la maman »), dans 4 cas sur 17 il est question de la difficulté à s'adapter en tant que parent, et à modifier quelque chose dans la relation, dans la façon de faire, dans le rôle éducatif. Il semble ainsi très difficile pour ces parents de trouver une juste place, une juste position, ni trop protecteur, ni trop exigent, ni trop pressant. Dans 3 cas sur 17 il est difficile pour le parent d'accepter que leur enfant ait des difficultés.

Le deuxième aspect qui peut ressortir à travers les réponses, c'est l'aspect concernant les contingences liées à l'organisation, l'intendance, et à l'adaptation aux contraintes engendrées par la pathologie de l'enfant : Contraintes de planning, contraintes pour trouver les structures ou les professionnels adaptés, contraintes liées à un dialogue difficile avec l'école, ou encore contraintes liées au sentiment d'être seul, par manque d'accompagnement face à cette nouvelle organisation, qui demande des démarches administratives lourdes pour le parent.

Le troisième aspect est l'inquiétude des parents : inquiétude de savoir si l'orthophoniste conviendra, inquiétude de savoir si ce qu'il observe de son enfant, en tant que parent, pourra être entendu par les professionnels, est-ce qu'on lui fera confiance, et est-ce qu'il pourra faire confiance au professionnel.

V. Synthèse et discussion

Les éléments relatifs aux relations en présence au cours de la prise en charge orthophonique, recueillis au cours des entretiens, puis analysés, peuvent être considérés sous l'angle de leur évolution.

Au départ, les parents sont en demande d'écoute. Ils cherchent à être entendus dans un ressenti douloureux. Leurs attentes vis-à-vis de leur enfant, mais aussi de l'orthophoniste, sont au départ très centrées sur le registre éducatif, cernant la participation de l'enfant aux tâches quotidiennes familiales, ses notes scolaires et vis-à-vis de l'orthophoniste des conseils pour savoir mieux faire avec l'enfant. Que ce soit par besoin de se réapproprier un savoir sur leur enfant ou par celui d'être étayé dans leurs questionnements par quelqu'un qui sait (le thérapeute supposé savoir), ce qui est à entendre c'est que les parents ont besoin d'échanges, pour comprendre les difficultés de leur enfant.

A partir de là, un mouvement va pouvoir s'engager, qui va amener des modifications dans les relations parent-enfant, enfant-parent, parent-orthophoniste.

Cependant, ce mouvement n'a pas toujours lieu. Dans chacun des domaines explorés, et particulièrement pour ce qui est des activités partagées avec l'enfant, des modifications dans la relation parent-orthophoniste, ou des modifications avec l'entourage familial, une proportion non négligeable de parents ne constate pas d'évolution ni de mouvement. Cela dit, cette constatation peut être le fait du traitement particulièrement subjectif de certaines questions par les parents, et cette subjectivité des réponses amenées ne correspond parfois pas du tout à ce qui a pu être constaté en rééducation par l'orthophoniste.

Lorsque des changements sont constatés (c'est le cas pour la majorité des discours parentaux analysés), ils se font autour d'une nécessité, et d'une possibilité d'adaptation. Il s'agit d'abord de l'adaptation du parent à l'enfant : on pourrait tracer ainsi un « profil » du parent conscient de cette nécessité, et volontaire pour initier des changements : dans un premier temps, il mesure l'importance du trouble, et de ses conséquences en termes de langage, d'apprentissage et de communication pour l'enfant, de cette prise de conscience naitrait une adaptation à l'enfant, et à ses capacités, un réajustement des exigences et des attentes. Ce réajustement peut prendre plusieurs formes et les modalités sont multiples, allant d'une diminution de la pression sur les résultats scolaires à un apaisement des conflits, en passant par plus de disponibilité et de temps partagé avec l'enfant. Il s'ensuit une baisse de l'état d'angoisse ou d'inquiétude pour le parent et pour l'enfant, et parfois une transformation personnelle du parent, parfois même c'est le système familial dans son ensemble qui se trouve bousculé. Une ouverture de réflexion se dessine ainsi : qu'en est-il du système familial dans son ensemble au cours d'une prise en charge orthophonique ?

A l'origine de cette capacité à initier des changements de la part des parents, on retrouve les propres transformations de l'enfant, ses progrès, qui assouplissent les rapports, et très souvent aussi la relation avec l'orthophoniste. Cette relation, plus par des échanges informels que par des « clés en main » fournies par l'orthophoniste au parent (pourtant parfois demandées par eux au départ), porte et diffuse des informations et des pistes de réflexions dont les parents ont pu se saisir.

Pourtant, il se dessine un paradoxe : Alors même que dans la majorité des cas les parents font état de changements et de modifications amenées par eux à la relation avec leur enfant, le temps passé avec eux au cours d'activités partagées ne semble pas être augmenté, et reste très centré sur les performances scolaires. Leur prise de conscience ne va que rarement jusqu'à réaliser l'importance de la qualité de ce temps d'activités partagées où la « gratuité » des rapports est de rigueur, sans recherche de résultat ni de performance, mais simplement avec une présence pleine et entière à l'enfant. Les parents ne semblent pas évaluer l'importance de ce temps de l'activité partagé à deux. Cette constatation peut alors ouvrir vers une réflexion connexe : Quid de ce paradoxe ? Quels sont, du côté des parents, les tenants et les aboutissants, les enjeux énoncés et sous-jacents du temps partagé avec l'enfant, dans cette forme de « gratuité » des activités avec lui ?

Des changements s'observent aussi du côté de l'enfant : Ils concernent d'abord une plus grande confiance en lui et en son savoir. Etayé par sa relation avec le thérapeute, on peut penser que l'enfant s'appuie sur elle pour construire un système langagier plus stable, à travers des phénomènes transférentiels; il s'en suit une plus grande assurance et une autonomie accrue face aux tâches demandées et aux apprentissages. Les médiateurs thérapeutiques peuvent offrir ici à l'enfant un terrain d'expérience, où ses sensations brutes peuvent se transformer en ressenti, colorés des émotions et du sens qu'elles véhiculent. A travers les témoignages des parents, et ce qu'ils disent de l'évolution des relations avec leur enfant, on peut noter que l'enfant va souvent développer une confiance en ses ressentis. Comme si les conditions étaient réunies, à la faveur du contexte de la prise en charge, pour que cette confiance lui permette également une acceptation des règles du cadre, allant de pair avec son arrimage au langage à travers les règles qui le régissent. Ainsi, les parents constatent que leur enfant devient apte à canaliser ses pulsions, essaie de se faire comprendre, nuance ses demandes, construit une expression adressée, orientée vers l'autre, avec qui il veut communiquer. En évoluant ainsi vers une meilleure capacité à exprimer ses émotions, ses pensées, ses choix, il peut s'engager sur un chemin où il tend à devenir sujet de sa pensée, de ses affects. L'enfant entre alors dans un mode de communication différent, où les relations semblent se vivre dans un mouvement plus souple. Cela peut par exemple se traduire par un conflit entre frère et sœur qui passe par les cris, la plainte, les reproches, l'argumentation/ contre-argumentation, l'intimidation, la négociation, l'appel à l'adulte (tiers détenteur de la loi), et trouve finalement sa résolution dans ces méandres du langage.

Néanmoins, l'accès à la position de sujet est un chemin ardu, qui suit le mouvement du désir, et ne peut pas toujours se faire. Les modes de communication de l'enfant ne suffisent alors pas à élaborer une pensée autonome qui lui permettrait d'exprimer ce qu'il est ; il se peut que l'enfant ne puisse que maintenir un fonctionnement communicationnel par réponses à ce que l'autre attend de lui, une adhésion à ce que l'autre lui suggère, ou même seulement une satisfaction de ses besoins de base. Dès lors, même si dans la majorité des cas, le cheminement vers la position de sujet et le saisissement du langage par celui-ci ressort des résultats de notre questionnaire et de leur analyse, une généralisation des phénomènes de transformation serait abusive.

Autre terrain de mouvement que font apparaître les données recueillies auprès des parents, la relation parent-orthophoniste. Ce domaine donne lieu à une expression libre très riche, où le parent s'anime. D'une part les réflexions des parents sont nombreuses et soulèvent des questions qui les touchent intimement, en particulier la question de la parentalité, d'autre part il ressort nettement que ce domaine est tissé à la fois de leur intérêt pour le contenu de la rééducation (même si cela apparaît peu), de ce qu'ils ont besoin d'exprimer et qui leur est intime, leurs doutes, leurs inquiétudes et leurs questionnements, et de la manière dont ils intègrent leur enfant dans les échanges avec l'orthophoniste. L'enfant est toujours le point de départ de ce qu'ils ont à dire d'eux-mêmes. Ici, se dessine nettement un mouvement triangulé, qui est à la fois une condition du lien parent-thérapeute et le carburant qui anime la dynamique.

Parmi tous les mouvements dont il est question, et dans les réponses voulues le plus spontanées et le moins directives possibles, peu de fois apparaît l'intérêt des parents pour le contenu des séances. Ainsi les effets du médiateur thérapeutique, sont difficilement mis en évidence dans ses fonctions et ses spécificités par le questionnaire aux parents. Il pourrait donc être intéressant de mener une étude pour approfondir la question du paramètre « prise en charge utilisant des médiateurs thérapeutiques ». Par exemple, en proposant une étude comparative des modifications relationnelles au cours de la prise en charge avec et sans médiation, ou bien en menant une enquête auprès des parents, sans ce critère. Les réponses des parents quant aux modifications relationnelles feraient-elles apparaître des résultats similaires ou différents de ceux recueillis au cours de notre étude ?

Par ailleurs, le questionnaire, dans sa structure, invite le parent à mettre en perspective l'ensemble de son vécu de la prise en charge de son enfant, et là, trois aspects se dégagent des témoignages individuels : la difficulté majeure rencontrée par le parent touche en majorité à la question de leur parentalité, et les doutes qui s'y rapportent, puis viennent les difficultés d'ordre organisationnel, et aussi l'inquiétude, qui peut se décliner de différentes manières, et qui sous-tend tous les domaines que le parent doit appréhender, qu'ils soient d'ordre technique ou intérieur.

Cependant, cette même structure ouverte du questionnaire génère un écueil notable, qui est la valeur non statistique des résultats. En effet, les réponses données ne pouvant pas s'objectiver par une correspondance terme à terme entre le nombre de réponses et le nombre de parent, l'analyse n'a été possible qu'à partir de l'ensemble des réponses recueillies. Il en est ressorti les éléments d'une réalité renvoyée par les parents, et dont l'orthophoniste saura se saisir, pour comprendre et tisser une relation avec eux. Il y a là, peut-être une nouvelle piste de réflexion, d'enquête et de recherche à mener : que disent les orthophonistes de la relation avec les parents d'enfants pris en charge ?

CONCLUSION

L'objet de ce travail était au départ l'étude, dans le cadre d'un dispositif thérapeutique orthophonique utilisant la médiation (médiateurs tels que le dessin, le jeu, l'atelier d'écriture, la lecture faite à l'enfant…), des modifications et des transformations des échanges et des rapports entre parents et enfant, entre enfant et orthophoniste, entre parent et orthophoniste. Ainsi nous avons souhaité nous pencher sur les rapports de l'enfant au langage, comme sur ceux existant dans la dynamique relationnelle liant parent, enfant et orthophoniste.

Nos hypothèses étaient alors d'une part, que l'utilisation de médiateurs thérapeutiques favorise l'accès de l'enfant à une position de sujet, et d'autre part, que cette position de sujet a des effets sur la dynamique relationnelle triangulée.

Cette étude nous a amenés à développer dans un premier temps des axes théoriques éclairant les notions de relation et de lien, de langage, et de médiation thérapeutique.

Puis la mise en œuvre pratique, à travers un questionnaire destiné aux parents a mis en évidence un certain nombre d'éléments que nous avons analysés à la lumière des axes théoriques. Ainsi, il ressort que les parents ont besoin d'échanges, pour comprendre les difficultés de leur enfant. Dès lors, ils peuvent s'engager dans des changements volontaires mus par une nécessité d'adaptation à l'enfant. A l'origine de ce mouvement des parents vers l'enfant, il y a d'une part les transformations de l'enfant, ses progrès, et d'autre part la relation avec l'orthophoniste : une triangulation active est donc bien à l'œuvre.

Un autre élément a suscité l'intérêt de notre analyse : des changements s'observent aussi du côté de l'enfant, qui, en s'appuyant sur la relation avec le thérapeute, gagne en confiance et en autonomie, et peut exprimer ses émotions, ses pensées, ses choix. Il devient capable de se saisir du langage, en user pour adresser son discours et faire évoluer sa relation avec ses parents.

L'expérimentation pratique a montré que les relations entre parent et orthophoniste évoluent également, et que les effets de ces diverses modifications dépassent le cadre du triangle parent, enfant, orthophoniste. Notre hypothèse concernant les transformations survenues au cours de la prise en charge, créant une dynamique relationnelle triangulée a ainsi pu être vérifiée.

Nous avons pu cependant noter un paradoxe : bien que les parents initient des changements et des adaptations qui vont dans le sens d'une plus grande disponibilité à l'enfant, le partage d'activités à deux ne semble que peu investi dans le même sens.

En revanche, si notre deuxième hypothèse de départ a été vérifiée, le paramètre relatif à l'usage des médiateurs thérapeutiques, évoqué dans notre première hypothèse est très peu présent dans le discours des parents. Il semble qu'ils n'établissent pas spontanément de lien entre les transformations remarquées chez leur enfant et un hypothétique effet de l'outil thérapeutique utilisé par l'orthophoniste (ici, les médiateurs thérapeutiques).

Mais de toutes les réponses au questionnaire, l'aspect qui apparaît particulièrement dans notre mise en œuvre pratique, est un aspect que nous n'avions pas envisagé au départ dans l'élaboration de nos hypothèses : c'est l'intensité de la relation parent-orthophoniste, et la manière dont cette relation est investie.

Le parent ne vient pas chercher un guide à sa parentalité mais un lieu et un lien qui lui permette d'être entendu dans ce qu'il vit avec son enfant, qualitativement. Pour les parents, ce questionnaire et l'entretien individuel (qui était une condition de passation) a été l'occasion d' une plongée dans l'histoire de leur relation avec leur enfant. Plongée suscitant bien souvent des remontées émotionnelles intenses ; parfois retenues, parfois exposées franchement, ou encore discrètement évoquées, mais le plus souvent palpables. Le parent a quelque chose à dire de cette histoire. Et il apparaît clairement que sa demande n'est pas d'apprendre auprès de l'orthophoniste, pour savoir-faire face à la pathologie de son enfant, mais manifestement d'être entendu et épaulé dans ses éprouvés et ses observations dans l'histoire qu'il vit avec son enfant. L'enfant en difficulté de langage suscite des nécessités nouvelles, des apprivoisements de l'inconnu. Il n'est jamais neutre au sein du système familial ; il bouscule et pousse aux questionnements. Et les parents se situent, dans leur rapport avec l'orthophoniste, davantage sur le registre du lien que sur celui de la méthode de prise en charge, et le contenu des séances.

Ainsi ce travail, par les éclairages qu'il a pu requérir et faire surgir, a permis de nuancer et d'enrichir nos réflexions personnelles, nos orientations quant à la pratique orthophonique et à ses différentes modalités. Il a ouvert des perspectives vers des recherches complémentaires qui sauront apporter encore de nouveaux éclairages, de nouvelles analyses, et de nouvelles réflexions au sujet des relations e des modifications au cours de la prise en charge orthophonique.

BIBLIOGRAPHIE

(2013, septembre 5). *Bulletin Officiel N° 32 de l'Education et de la Recherche*.

Antony, L., Olivier, L., & Moïra, M. (2013). Psycho endocrinologie sociale de l'ocytocine. *L'année psychologique/ topics in cognitive psychology*.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau.* Paris: Dunod.

Baranger, W. (1999). *Position de l'objet dans l'oeuvre de Mélanie Klein.* Erès.

Benveniste. (1976). *Problème de linguistique générale.* Gallimard.

Bion, W. (1970). *L'attention et l'interprétation, une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les grooupes.* Paris: Payot.

Bion, W. (1979). *Aux sources de l'expérience.* Paris: Presses Universitaires de France.

Boimare, S. (2004 2ème édition). *L'enfant et la peur d'apprendre.* Paris: Dunod.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss.* New York: New York Basic Books.

Chassagny, C. (1985). *Pedagogie Relationnelle du Langage.* Paris: IPERS.

Coquet, F. (2005, Avril). Habiletés pragmatiques chez l'enfant. *Rééducation orthophonique N°221*, p. 25.

Coulon, & Trognon. (2001, N°144). La modélisation des raisonnements générés dans les interlocutions. *Langages*, pp. 58-77.

Decety, J. (2004). L'empathie et la mentalisation à la lumière des neurosciences sociales. *Neuropsychiatrie: tendances et débats*.

Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathie. *Behavioural and cognitive Neuroscience Review N°3*.

Diatkine, R. (2004). *Langage et activités psychiques de l'enfant.* Editions du Papyrus.

Driesche, L. V. (2009). *l'enfant parallèle.* L'harmattan.

Du jasis à la parole, acquisition du langage. (2004). *Actes de colloque du 6 mars 2004, Centre Alfred Binet* (p. 15). Editions du papyrus.

Du jasis à la parole, acquisition du langage. (2004). *Actes de colloque du 6 mars 2004, Centre Alfred Binet* (p. 60). Edition du papyrus.

Dubois, G. (2001). *L'enfant et son thérapeute du langage.* Masson.

Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse.* Paris: Presses Universitaires de France 2011.

Gillet, G. (s.d.). *Médiation thérapeutique, définitions: la médiation thérapeutique.* Récupéré sur psychologienumerique.wordpress.com: https://psychologienumerique.wordpress.com

Green, A. (1987, Juillet -septembre). La capacité de rêverie et le mythe étiologique. *Revue Française de Psychanalyse*, pp. 1299-1315.

Green, A. (1997). Langue, parole psychanalytique et absence. *Congrès des psychanalystes de langue française.*

Green, A. (2007). Rapports du langagier avec le pulsionnel. *Revue Française de Psychanalyse N° 71*.

Green, A. (2011). *Du signe au discours, psychanalyse des théories du langage.* Itaque.

Grice. (1979). Logique et conversation, traduction française. *Communications, 30*.

Houzel, D. (1994). *Enveloppe familiale et fonction contenante, in L'activité de la pensée, émergence et troubles.* Paris: Dunod.

Jackobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale.* Paris: Editions de minuit.

Klein, M. (1968). *Les racines infantiles du monde adulte, in Envie et Gratitude.* Gallimard.
Kristeva, J. (1986). *Histoires d'amour.* Paris: folio.
Lacan, J. (1949). *Stade du miroir dans la fonction Je, in Ecrits.* Paris: Seuil.
Lacan, J. (1966). *Fonctions et champs de la parole et du langage, in Ecrits.* Paris: Seuil.
Lacan, J. (1981). *Séminaire III.* Paris: Seuil.
Lacroix, J. (1966). *Ecriture et métaphysique selon Jacques Dérida.* Paris: Presses Universitaires de France.
Laplanche, J. P. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse.* Presses Universitaires de France.
Le cerveau à tous les niveaux. (s.d.). Récupéré sur lecerveau.mcgill.ca: lecerveau.mcgill.ca/flash/pop/pop_copy a.html
Leclerc, M.-C. (2005, Avril). Les habiletés pragmatiques chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, p. 160.
Lentin, L. (1990 6ème édition). *Du parler au lire, tome 3.* Paris: ESF.
Levinas, E. (1982). *Ethique et infini.* Paris: Le livre de poche.
Levinas, E. (1995). *Altérité et transcendance.* Paris: Le livre de poche.
Levinas, E. (s.d.). *Altérité et transcendance.* Le livre de poche.
Libet. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *The behavioural and brain science, Cambridge University Press*.
Mellier, D. (2003). Récupéré sur Cairn.info.
Menès, M. (2012). *L'enfant et le savoir, d'où vient le désir d'apprendre?* Paris: Seuil.
Mesulam, M. (1982). Aphasie lentement progressive sans démence généralisée. *Annals of Neurology*.
Mucchielli, A. (1986 2ème édition). *Educateur ou thérapeute.* Paris: ESF.
Piaget, J. (1923 7ème édition 1968). *Le langage et la pensée chez l'enfant.* Paris: Delachaux et Niestle.
Rizzolati, Fadiga, Gallese, & Fogassi. (1996). *Action, recognition in premotor cortex.*
Rogers, C. (1959). La communication. *Hommes et techniques N°169*, pp. 132-136.
Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne; traduction française.* Paris: Dunod.
Rousseau, J.-J. (1993). *Essai sur l'origine des langues, 1781.* Flammarion.
Roussillon, R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie.* Masson.
Saussure, F. D. (1966). *Cours de linguistique générale.* Paris: Payot.
Savaskan, sultz, & Walter. (2008).
Searles, H. (1979). *Le contre transfert.* Paris: folio.
Tonnoni, E. e. (2000). *Comment la matière devient conscience.* Paris: Odile jacob.
V. Lambert, P. C. (23006, Avril). Prise en charge orthophonique des dyslexiques, influence des représentations familiales. *Pratiques psychologiques*.
Vygotski, L. S. (1985, réédition 1997). *Pensée et langage, traduction française.* Paris: La dispute.
Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot.
Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité.* Paris: Gallimard.

GLOSSAIRE

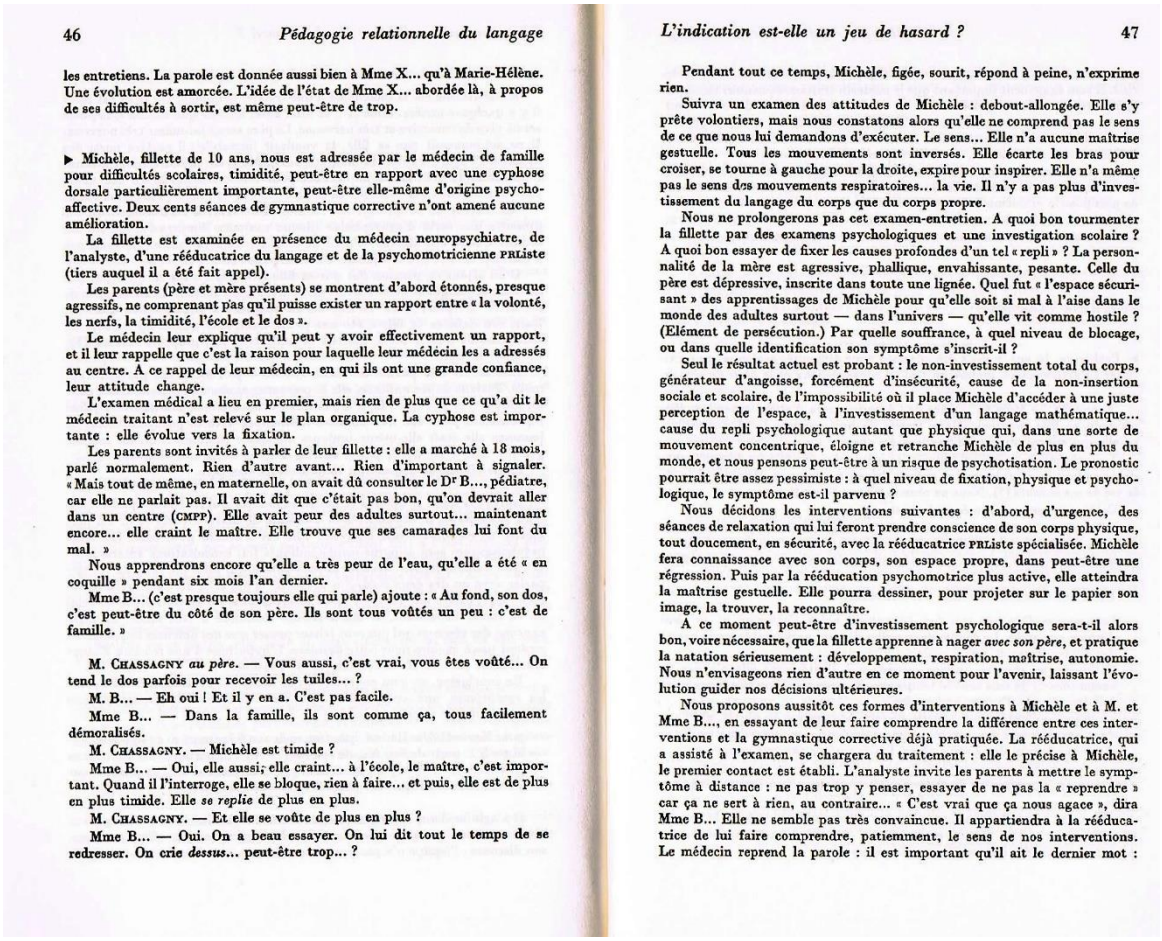
A utiliser si votre mémoire justifie la constitution d'un glossaire.
Placer ici le glossaire.

ANNEXES

Annexe I :

Relation parent-thérapeute

1. Illustration par un cas clinique



46 *Pédagogie relationnelle du langage*

les entretiens. La parole est donnée aussi bien à Mme X... qu'à Marie-Hélène. Une évolution est amorcée. L'idée de l'état de Mme X... abordée là, à propos de ses difficultés à sortir, est même peut-être de trop.

▶ Michèle, fillette de 10 ans, nous est adressée par le médecin de famille pour difficultés scolaires, timidité, peut-être en rapport avec une cyphose dorsale particulièrement importante, peut-être elle-même d'origine psycho-affective. Deux cents séances de gymnastique corrective n'ont amené aucune amélioration.

La fillette est examinée en présence du médecin neuropsychiatre, de l'analyste, d'une rééducatrice du langage et de la psychomotricienne PRListe (tiers auquel il a été fait appel).

Les parents (père et mère présents) se montrent d'abord étonnés, presque agressifs, ne comprenant pas qu'il puisse exister un rapport entre « la volonté, les nerfs, la timidité, l'école et le dos ».

Le médecin leur explique qu'il peut y avoir effectivement un rapport, et il leur rappelle que c'est la raison pour laquelle leur médecin les a adressés au centre. A ce rappel de leur médecin, en qui ils ont une grande confiance, leur attitude change.

L'examen médical a lieu en premier, mais rien de plus que ce qu'a dit le médecin traitant n'est relevé sur le plan organique. La cyphose est importante : elle évolue vers la fixation.

Les parents sont invités à parler de leur fillette : elle a marché à 18 mois, parlé normalement. Rien d'autre avant... Rien d'important à signaler. « Mais tout de même, en maternelle, on avait dû consulter le Dr B..., pédiatre, car elle ne parlait pas. Il avait dit que c'était pas bon, qu'on devrait aller dans un centre (CMPP). Elle avait peur des adultes surtout... maintenant encore... elle craint le maître. Elle trouve que ses camarades lui font du mal. »

Nous apprendrons encore qu'elle a très peur de l'eau, qu'elle a été « en coquille » pendant six mois l'an dernier.

Mme B... (c'est presque toujours elle qui parle) ajoute : « Au fond, son dos, c'est peut-être du côté de son père. Ils sont tous voûtés un peu : c'est de famille. »

M. CHASSAGNY *au père*. — Vous aussi, c'est vrai, vous êtes voûté... On tend le dos parfois pour recevoir les tuiles... ?

M. B... — Eh oui ! Et il y en a. C'est pas facile.

Mme B... — Dans la famille, ils sont comme ça, tous facilement démoralisés.

M. CHASSAGNY. — Michèle est timide ?

Mme B... — Oui, elle aussi; elle craint... à l'école, le maître, c'est important. Quand il l'interroge, elle se bloque, rien à faire... et puis, elle est de plus en plus timide. Elle *se replie* de plus en plus.

M. CHASSAGNY. — Et elle se voûte de plus en plus ?

Mme B... — Oui. On a beau essayer. On lui dit tout le temps de se redresser. On crie *dessus*... peut-être trop... ?

L'indication est-elle un jeu de hasard ? 47

Pendant tout ce temps, Michèle, figée, sourit, répond à peine, n'exprime rien.

Suivra un examen des attitudes de Michèle : debout-allongée. Elle s'y prête volontiers, mais nous constatons alors qu'elle ne comprend pas le sens de ce que nous lui demandons d'exécuter. Le sens... Elle n'a aucune maîtrise gestuelle. Tous les mouvements sont inversés. Elle écarte les bras pour croiser, se tourne à gauche pour la droite, expire pour inspirer. Elle n'a même pas le sens des mouvements respiratoires... la vie. Il n'y a pas plus d'investissement du langage du corps que du corps propre.

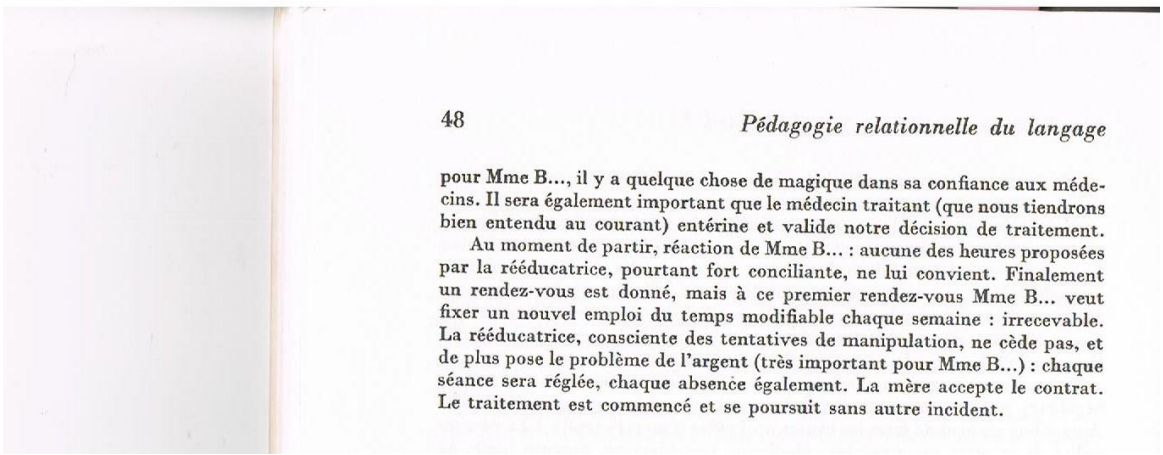
Nous ne prolongerons pas cet examen-entretien. A quoi bon tourmenter la fillette par des examens psychologiques et une investigation scolaire ? A quoi bon essayer de fixer les causes profondes d'un tel « repli » ? La personnalité de la mère est agressive, phallique, envahissante, pesante. Celle du père est dépressive, inscrite dans toute une lignée. Quel fut « l'espace sécurisant » des apprentissages de Michèle pour qu'elle soit si mal à l'aise dans le monde des adultes surtout — dans l'univers — qu'elle vit comme hostile ? (Elément de persécution.) Par quelle souffrance, à quel niveau de blocage, ou dans quelle identification son symptôme s'inscrit-il ?

Seul le résultat actuel est probant : le non-investissement total du corps, générateur d'angoisse, forcément d'insécurité, cause de la non-insertion sociale et scolaire, de l'impossibilité où il place Michèle d'accéder à une juste perception de l'espace, à l'investissement d'un langage mathématique... cause du repli psychologique autant que physique qui, dans une sorte de mouvement concentrique, éloigne et retranche Michèle de plus en plus du monde, et nous pensons peut-être à un risque de psychotisation. Le pronostic pourrait être assez pessimiste : à quel niveau de fixation, physique et psychologique, le symptôme est-il parvenu ?

Nous décidons les interventions suivantes : d'abord, d'urgence, des séances de relaxation qui lui feront prendre conscience de son corps physique, tout doucement, en sécurité, avec la rééducatrice PRListe spécialisée. Michèle fera connaissance avec son corps, son espace propre, dans peut-être une régression. Puis par la rééducation psychomotrice plus active, elle atteindra la maîtrise gestuelle. Elle pourra dessiner, pour projeter sur le papier son image, la trouver, la reconnaître.

A ce moment peut-être d'investissement psychologique sera-t-il alors bon, voire nécessaire, que la fillette apprenne à nager *avec son père*, et pratique la natation sérieusement : développement, respiration, maîtrise, autonomie. Nous n'envisageons rien d'autre en ce moment pour l'avenir, laissant l'évolution guider nos décisions ultérieures.

Nous proposons aussitôt ces formes d'interventions à Michèle et à M. et Mme B..., en essayant de leur faire comprendre la différence entre ces interventions et la gymnastique corrective déjà pratiquée. La rééducatrice, qui a assisté à l'examen, se chargera du traitement : elle le précise à Michèle, le premier contact est établi. L'analyste invite les parents à mettre le symptôme à distance : ne pas trop y penser, essayer de ne pas la « reprendre » car ça ne sert à rien, au contraire... « C'est vrai que ça nous agace », dira Mme B... Elle ne semble pas très convaincue. Il appartiendra à la rééducatrice de lui faire comprendre, patiemment, le sens de nos interventions. Le médecin reprend la parole : il est important qu'il ait le dernier mot :



48 *Pédagogie relationnelle du langage*

pour Mme B..., il y a quelque chose de magique dans sa confiance aux médecins. Il sera également important que le médecin traitant (que nous tiendrons bien entendu au courant) entérine et valide notre décision de traitement.

Au moment de partir, réaction de Mme B... : aucune des heures proposées par la rééducatrice, pourtant fort conciliante, ne lui convient. Finalement un rendez-vous est donné, mais à ce premier rendez-vous Mme B... veut fixer un nouvel emploi du temps modifiable chaque semaine : irrecevable. La rééducatrice, consciente des tentatives de manipulation, ne cède pas, et de plus pose le problème de l'argent (très important pour Mme B...) : chaque séance sera réglée, chaque absence également. La mère accepte le contrat. Le traitement est commencé et se poursuit sans autre incident.

Annexe II :

Questionnaire aux parents

QUESTIONNAIRE

Les éléments en bleu pourront être suggérés au cours de l'entretien pour préciser le sens de la question et guider le parent si nécessaire.

1) Lors de votre première consultation, quel était le motif de consultation pour votre enfant ?
   Qui avait formulé ce motif ?

2) Aviez-vous remarqué des difficultés de langage chez votre enfant ?

3) Au début de la prise en charge qu'attendiez-vous du travail de l'orthophoniste ?

4) Quelles étaient vos attentes, vos exigences vis-à-vis de votre enfant ?
   A l'école
   A la maison
   Dans les rapports avec ses frères et sœurs, et vous-même

5) Ces demandes étaient-elles formulées explicitement ou étaient-elles implicites?

6) Aujourd'hui, après plus d'un an de prise en charge, avez- vous modifié certains aspects dans ***votre*** manière d'être en relation avec votre enfant, en rapport avec ses difficultés de langage ?
   Dans la manière de vous exprimer avec lui ?
   Dans la manière d'écouter ce qu'il a à vous dire ?
   Dans une adaptation de vos exigences éducatives ?
   Dans les activités que vous lui proposez ?

7) Notez-vous des modifications dans ***sa*** manière d'être en relation avec vous ?
   Prise de parole,
   Manière de s'exprimer
   Place dans la fratrie / dans la famille
   Expression des demandes personnelles
   Expression de ses émotions ?

8) Ces changements portent-ils plutôt sur :
   La motivation et l'investissement à l'école ?
   L'autonomie ?
   Ses relations avec vous ?
   Ses relations avec ses frères et sœurs ?
   La capacité de partage des activités ?

L'aspect émotionnel et affectif ?
Le comportement ?

9) Combien de temps passez-vous avec lui dans des activités partagées (par semaine) ?

10) Quel type d'activités ?
Devoirs scolaires
Jeux
Lecture d'histoires/ contes
Activités sportives
Cinéma / activités culturelles

11) La relation avec l'orthophoniste et vos attentes vis-à-vis de son travail se sont-ils modifiés ? En Quoi ?

12) Quelle est la plus grande difficulté que vous avez rencontrée depuis le début de la prise en charge orthophonique ?

13) Le fait que votre enfant ait des difficultés de langage a-t-il modifié vos relations avec vos proches et votre entourage ?

Nathalie MUNOS

LA DYNAMIQUE DES MEDIATEURS THERAPEUTIQUES EN ORTHOPHONIE : effets sur les relations enfant-thérapeute-parent, au cours du suivi orthophonique des pathologies du langage oral et/ou écrit.

79 pages, 59 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2016

RESUME

La prise en charge orthophonique d'un enfant met en jeu différentes relations, différents rapports : enfant et langage, enfant-orthophoniste, parent-orthophoniste, enfant-parent et parent-enfant. Quels mouvements peut-on observer au sein de ce système relationnel ? Sur quoi s'appuient ces mouvements ? L'utilisation de médiateurs thérapeutiques a-t-elle un effet sur cette dynamique relationnelle ? Quels en sont les enjeux ? Et dès lors, quelle place pour les parents au sein de la prise en charge ? Telles sont les questions que se propose de poser notre travail.

Nous avons tenté de mettre en lumière les phénomènes relatifs à cette dynamique, à travers un questionnaire proposé aux parents au cours d'un entretien individuel.

L'analyse des résultats fait apparaître à la fois les différents éléments en jeu dans les mouvements relationnels, un éclairage sur les attentes profondes des parents, au sujet de leur enfant et de l'orthophoniste, mais aussi un certain nombre de paradoxes.

Speech support of a child involves different relations, various reports: child and language, child-speech therapist, parent-speech therapist, child-parent and parent-child. Can which movements be observed within the relational system? These movements rely on what? The use of therapeutic mediators has an effect on this relational Dynamics? What are the issues? And therefore, what place for parents within the socket support? These are the questions that proposes to ask our work.

We have attempted to highlight related phenomena in this dynamic through a questionnaire proposed to parents during a personal interview.

The analysis of the results reveals both the various game elements in the relational movements, light on the profound expectations of parents, about their child and the speech therapist, but also a number of paradoxes.

MOTS-CLES

Langage, interactions, thérapie, questionnaire, enfant, relation, médiation thérapeutique, parents.

Language, interaction, therapy, questionnaire, child, relation, therapeutic mediation, parents.

Directeur DE MEMOIRE
José Wronke

CO-Directeur DE MEMOIRE
Sandrine Jaubert