



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Leslie BOKOBZA et Augusta DELDIQUE

soutenu publiquement en juin 2012 :

**En quoi l'orthophoniste peut-il être tuteur de
résilience tout en conservant son identité
professionnelle?**

MEMOIRE dirigé par :

Madame LEHEMBRE Valérie, Psychologue, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce,
Villeneuve d'Ascq

Lille – 2012

Remerciements

Nous tenons à remercier toute l'équipe du CMP Goubet ainsi que celle du CMP d'Asnières sans lesquelles ce mémoire n'aurait pas pu exister et en particulier Annick Goubet, Laetitia Lebaillif, Jocelyne Léger et Christelle.

Nous remercions également nos maîtres de stage et plus particulièrement Catherine Thibaut pour son accueil et ses précieux conseils.

Nous tenons à remercier tous les patients qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire et qui nous ont énormément appris.

Merci à Dominique Crunelle pour nous avoir inspiré ce sujet.

Et enfin, merci à nos familles et à nos amis qui nous ont soutenues tout au long de cette année.

Résumé :

Nous avons souhaité à travers ce mémoire, faire le lien entre la notion de résilience et la rééducation orthophonique. Plus particulièrement, nous avons vu dans quelle mesure l'orthophoniste, dans sa position privilégiée d'accompagnateur de santé, pouvait jouer le rôle de tuteur de résilience tout en conservant sa fonction de thérapeute du langage.

A travers la littérature et les recherches, nous avons mis en avant les étapes et mécanismes du processus de résilience, pour ensuite nous poser la question de la manière dont nous pouvons les intégrer au sein de la relation thérapeutique mise en place dans toute rééducation orthophonique.

Nous avons ensuite expérimenté nos hypothèses grâce à l'étude de cas cliniques qui se sont organisés sous forme de prises en charge individuelles mais aussi au travers de groupes thérapeutiques.

Nos patients viennent de milieux différents et sont suivis pour des pathologies variables mais ils ont tous en commun l'expérience d'un événement traumatique passé ou chronique.

A la suite de nos expériences cliniques, nous avons mis en évidence le fait qu'au travers d'une relation thérapeutique stable et élaborée selon les concepts de la résilience, il était possible pour l'orthophoniste de mettre en place avec son patient une relation de confiance et ainsi, agir directement au sein du facteur socio-environnemental et du facteur familial, qui sont deux éléments indispensables au processus de résilience.

Mots-clés :

résilience - tuteur de résilience - cas cliniques - rééducation orthophonique - relation thérapeutique

Abstract :

Throughout this work we tried to establish a link between the concept of resilience and speech therapy. In particular, we have seen how the speech therapist in its privileged position of health professional could act as a mentor of resilience while retaining its professional identity.

Throughout literature and research, we have highlighted the steps of the process and mechanisms of resilience. We have also asked ourselves how to integrate them within the development of the therapeutic relationship in any speech therapy.

We have confronted our hypothesis with clinical cases found in individual therapy and therapeutic groups.

Our patients come from different backgrounds and are treated for different troubles but they all have in common a past or chronic traumatic experience . Following our experiments, we have shed light on the fact that a stable and well-developed therapeutic relationship allowed the therapist and his patient to build a personal relationship based on trust. Thus, the therapist may act directly within the socio-environmental factor and influence the family factor, which are two major elements in the process of resilience .

Keywords :

resilience - mentor of résilience - clinical studies - speech therapy -
therapeutic relationship

Table des matières

Introduction.....	8
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	10
1.L'identité professionnelle de l'orthophoniste.....	11
1.1.Historique et évolution de la pratique orthophonique.....	11
1.1.1.Du langage à la communication.....	11
1.1.2.Une profession en pleine expansion.....	13
1.2.Spécificités.....	14
1.2.1.L'orthophonie au carrefour de multiples disciplines.....	14
1.2.2.Pluralité des patients et des pathologies.....	15
1.2.3.Recherche et construction d'une identité professionnelle.....	17
2.La relation thérapeutique en orthophonie.....	18
2.1.Le symptôme.....	18
2.1.1 Le langage, étroitement lié au psychisme.....	18
2.1.1.Le trouble du langage, symptôme.....	19
2.2.L'évolution de la relation thérapeutique.....	21
2.2.1.Historique.....	21
2.2.2 D'une relation verticale à une relation mutuelle.....	23
2.2.3 Les fondements d'une relation d'aide.....	24
2.2.3.1 L'empathie.....	24
2.2.3.2 La confiance.....	25
2.2.3.3 Importance du cadre de la relation thérapeutique.....	26
2.3 Les mécanismes psychiques sous-jacents de la relation thérapeutique.....	28
2.3.1 Le transfert.....	28
2.3.2 Le contre-transfert.....	30
2.3.3 La relation d'aide, la base de la résilience.....	31
3.La résilience.....	32
3.1.Définitions.....	32
3.1.1.Un concept développemental.....	33
3.1.2.Complexité du concept.....	33
3.2.Les mécanismes de la résilience:.....	35
3.2.1.Les mécanismes de défense.....	35
3.2.2.Les mécanismes qui réinvestissent la réalité.....	36
3.3.Le nouveau développement interactif.....	39
3.3.1.La notion de néodéveloppement.....	39
3.3.2.L'importance de l'entourage.....	40
3.4.L'intérêt de cette notion dans la pratique orthophonique.....	43
3.4.1.Parallèle entre résilience et rééducation: deux processus de reconstruction.....	43
3.4.2.Intégration des concepts de résilience dans la relation thérapeutique.....	45
3.4.2.1.Un espace privilégié qui permet la réalisation des ressources et compétences.....	45
3.4.2.2.La rééducation : lieu d'expression et de création.....	46
3.5.Qu'est ce qu'un tuteur de résilience.....	48
3.5.1.Tuteurs de développement et tuteurs de résilience.....	48
3.5.2.L'attachement comme déterminant du tuteur de résilience.....	49
3.5.3.«Caractéristiques» du tuteur de résilience et présence au sein de la société.....	51
3.5.4.L'orthophoniste, un tuteur de résilience ?.....	53

3.6.Les outils de mesure de la résilience.....	54
4.Problématique, objectifs et hypothèses.....	57
4.1.Problématique.....	57
4.2.Objectifs.....	57
4.3.Hypothèses.....	57
Sujets, matériel et méthode.....	59
1.Présentation de notre démarche.....	60
2.La Resilience scale	61
Résultats.....	63
1.Présentation d'études de cas cliniques.....	64
1.1.Salim, patient du CMP	65
1.1.1.Introduction.....	65
1.1.2.Anamnèse	65
1.1.3.Déroulement des séances.....	66
1.1.3.1.La revalorisation.....	67
1.1.3.2.Révéler les ressources et compétences.....	68
1.1.3.3.L'humour.....	69
1.1.3.4.Le respect des règles.....	69
1.1.3.5.Les mécanismes de défense.....	70
1.1.3.6.La confiance.....	71
1.1.3.7.L'expression des sentiments	74
1.1.4.Le projet thérapeutique.....	75
1.1.4.1.Regagner la confiance de Salim.....	76
1.1.4.2.Se mettre à nouveau en projet.....	76
1.1.5.Conclusion.....	78
1.2.Marc et sa mère.....	78
1.2.1.Introduction.....	78
1.2.2. Anamnèse.....	79
1.2.3.Déroulement des séances	80
1.2.3.1.Le travail de réassurance.....	80
1.2.3.2.Révéler les potentialités de Marc.....	81
1.2.3.3.Le travail de guidance parentale.....	82
1.2.3.4.L'importance de l'environnement.....	83
1.2.4.Conclusion.....	84
1.3.Le groupe Arthur et Julien.....	85
1.3.1.Arthur.....	85
1.3.1.1.Déroulement des séances avant la formation du groupe.....	85
1.3.1.2.Contexte familial.....	87
1.3.2.Julien.....	87
1.3.2.1.Déroulement des séances avant la formation du groupe	88
1.3.2.2.Contexte familial.....	88
1.3.3.Observation des séances: Septembre 2011-mars 2012.....	88
1.3.3.1.Savoir créer du lien	89
1.3.3.2.Le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi.....	91
1.3.3.3.La persévérance.....	92
1.3.3.4.L'équanimité.....	93
1.3.3.5.Les ressources et l'équilibre.....	94
1.3.4.Conclusion.....	95
1.4.GROUPE MAMAN/ENFANT«L'envol».....	96
1.4.1.Présentation du groupe.....	96
1.4.2.Les enfants du groupe.....	96

1.4.3.Le rôle des professionnels au sein du groupe afin de faciliter l'attachement.....	97
1.4.3.1.La modification des représentations qu'ont les mères de leur enfant.....	97
1.4.3.2.Encourager toute forme de communication.....	98
1.4.3.3.Restaurer la parentalité.....	99
1.4.4.Conclusion.....	100
2.Conclusion des cas cliniques.....	101
Discussion.....	102
1.Rappel des hypothèses de départ.....	103
2.Critique méthodologique.....	103
2.1.Les limites de notre méthode.....	103
2.2.L'outil de mesure de la résilience utilisé : la Resilience Scale.....	106
3.Les problématiques émergentes.....	107
3.1.Les limites de la théorie de la résilience	107
4.Mise en évidence de l'intérêt de la théorie de la résilience pour l'orthophonie, grâce à notre expérience clinique.....	110
4.1.Réflexions autour de l'intérêt de la résilience dans la prise en charge précoce.....	110
4.2.Réflexions autour de la place de l'orthophoniste en tant que tuteur de résilience.....	112
5.Réflexions et questionnements.....	113
Conclusion.....	116
Bibliographie.....	119
Liste des annexes.....	124
Annexe n°1 : The Resilience Scale (English).....	125
Annexe n°2 : The Resilience Scale (Français).....	125

Introduction

Boris Cyrulnik a développé la notion de résilience pour définir la capacité d'une personne à se construire et à évoluer harmonieusement malgré des événements de vie douloureux et à risque d'issue négative. Les patients nécessitant une prise en charge en orthophonie sont directement concernés du fait des difficultés relatives à leur pathologie et parfois, à un contexte social et familial difficile. Nous avons alors cherché à savoir comment la résilience pouvait s'inscrire au sein de la rééducation orthophonique et à comprendre la façon dont elle s'articulait autour de la relation entre le patient et l'orthophoniste.

Jusqu'ici, nos stages nous ont permis de travailler avec différents professionnels possédant différentes techniques de rééducation et de façons d'appréhender les patients et leur pathologie. Toutefois, au-delà de ces techniques et autres pratiques de rééducation, l'aspect relationnel revêtait une place importante. Nous nous sommes donc intéressées à la façon dont cette relation s'exprimait et permettait de favoriser le processus de résilience du patient, sans démunir l'orthophoniste de son identité professionnelle.

D'un point de vue pratique, nous présenterons des études de cas cliniques dont l'analyse nous a paru pertinente dans le cadre de cette réflexion. Nous tenterons alors de mieux situer l'intérêt de l'intervention orthophonique dans le processus de résilience et de déterminer ses éventuelles répercussions sur son identité professionnelle.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'identité professionnelle de l'orthophoniste

1.1. Historique et évolution de la pratique orthophonique

1.1.1. Du langage à la communication

Le terme d' « orthophonie » apparaît pour la première fois en France, en 1829, avec l'ouverture par le Dr Colombat à Paris, d'un établissement : l'Institut orthophonique de Paris, uniquement destiné au traitement du bégaiement. A cette époque, il s'agissait donc essentiellement de l'étude de ce trouble et des « vices de la parole », ce qui apparaît aujourd'hui être une vision très réductrice de la profession.

Ce n'est qu'au début du XXème siècle que sont décrites pour la première fois par des neurologues des observations de difficultés d'apprentissage de la lecture, et des pertes de l'usage du langage et de la parole à la suite de traumatismes crâniens et d'attaques cérébrales. C'est pourquoi à la fin du XIXème siècle et jusqu'en 1914, de nombreux centres de traitement du langage vont être créés et très vite des centres de formation pour les nouveaux thérapeutes du langage, qui ne sont pas considérés comme des médecins, vont également apparaître.

Au départ, on emploie davantage le terme de « logopédie » à celui d'« orthophonie » et cela ne prend pas en compte la phoniatrie qui regroupe les maladies de la voix. C'est dans ce contexte qu'en 1924 se crée l'Association internationale de logopédie et de de phoniatrie.

On peut retenir les ouvrages de Mme Cléricy du Collet au début du XXème siècle en France : La voix retrouvée et la voix rééduquée et plus tard l'ouverture par le Dr Parrel en 1935 du Centre social de rééducation pour les déficients de l'ouïe, de la parole, de la respiration et pour les retardés scolaires. On voit s'amorcer un regroupement de ces pathologie qui seront par la suite toutes prises en charge par l'orthophoniste.

Cependant, l'essentiel du développement de l'orthophonie en France sera réalisé par Suzanne Borel Maisonny (1900-1995). Phonéticienne et grammairienne de formation, élève de l'abbé Rousselot, célèbre linguiste, elle est appelée en 1925 à effectuer des observations sur les enfants opérés de fentes palatines et de becs-de-lièvre pour savoir s'il n'est pas possible de les aider à recouvrer une voix et une

articulation meilleures. Ces travaux se dérouleront sous la direction du Dr Veau à l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Elle commencera donc ses premières rééducations auprès d'enfants opérés de divisions palatines et par la suite, avec quelques collaboratrices, elle en vient vite à élargir son champ d'intervention à l'articulation et au bégaiement auprès d'enfants non handicapés. Petit à petit elle va également être amenée à s'occuper de la parole, puis du langage et de la pensée-langage et c'est ainsi que l'orthophonie française a fini par embrasser la communication, le langage tout entier, qu'il soit oral ou écrit, et quelle que soit son origine, fonctionnelle, organique, traumatique, ou due à des handicaps divers.

Citons aussi sa collaboratrice Claire Dinville (1899-2001) qui étudie dans le même temps avec le Dr Tarnaud(1991, Kremer et al.) les troubles pathologiques de la voix et met au point des rééducations. En découlera la création en 1930 d'un cours de laryngologie et de phoniatrie, puis en 1933 une section d'études expérimentales des formes pathologiques du langage.

En 1947, au début de la création de la sécurité sociale, on y inclut la participation aux traitements du langage. Mais ce n'est qu'en 1955 que les premiers enseignements de l'orthophonie vont être créés : d'abord à Lyon et Paris , puis à Bordeaux et Marseille et la formation va être sanctionnée par une attestation d'études d'orthophonie. C'est en 1964, par la loi du 10 juillet, que la profession d'orthophoniste reçoit un statut légal en même temps qu'est créé le premier diplôme national : le Certificat de capacité d'orthophoniste.

L'expansion du domaine de compétences de la profession continuera de se faire parallèlement en 1952 avec Claude Chassagny (1927-1986) qui est à l'origine un instituteur et deviendra plus tard un psychanalyste et créera une certaine philosophie de la rééducation : « la Pédagogie Relationnelle du Langage ». Il va étudier l'apprentissage de la lecture chez l'enfant, notamment chez les enfants inadaptés scolairement et socialement.

En 1955, le Dr Heuyer (1991, Kremer et al.), titulaire de la chaire de neuropsychiatrie infantile à la faculté de médecine de Paris, crée un enseignement officiel délivrant une « attestation d'études d'orthophonie ».

En 1958, est fondée l'École de formation des rééducateurs de la dyslexie à l'initiative de Chassagny, qui sera donc dissociée de la formation d'orthophonie, et ce n'est qu'en 1965 que se mettra en place une Commission de qualification chargée de délivrer des autorisations aux rééducateurs de la dyslexie. Et ce n'est qu'avec la loi

de juin 1971 qu'ils seront tous intégrés à la profession d'orthophoniste, avec cependant une limitation au langage écrit.

L'arrêté du 16 mai 1986, modifié par celui du 25 avril 1997 viendra renforcer considérablement la qualité de la formation initiale des orthophonistes, désormais l'orthophonie consiste « A prévenir , à évaluer et à traiter les déficiences et troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que ceux associés à la compréhension du langage oral et écrit, à sa réalisation et à son expression. A dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. ». Le champ d'action des orthophonistes s'est donc considérablement étendu et ne se limite plus aux troubles structurels du langage comme le bégaiement ou l'articulation mais prend en compte tous les aspects de la parole dans différentes pathologies et avec une population très variée.

1.1.2. Une profession en pleine expansion

A la suite de la loi du 10 juillet 1964 qui porte sur la création d'un diplôme d'Etat : le Certificat de capacité d'orthophoniste, de nouveaux centres de formations vont voir le jour et c'est ainsi que douze instituts de formations vont être créés dans différentes villes. A partir de ce moment, on passe de 200 à 600 orthophonistes formés par an au début des années 1970, actuellement on compte 19000 orthophonistes en France. La profession est donc très jeune et elle n'a cessée d'évoluer :

- En 1969, une lettre clé spécifique , l'AMO (Auxiliaire Médical Orthophoniste) est créée et les actes d'orthophonie sont intégrés à la Nomenclature générale des autres professionnels.
- En 1974, la première Convention nationale est signée entre les organismes d'assurance maladie et la profession.
- En 1977, les orthophonistes demandent l'extension de son domaine d'activité à la prévention et au dépistage.
- En 1983, grâce au décret du 24 août, la profession voit son champ de compétences se préciser.
- En 1990, Révision de la Nomenclature des actes d'orthophonie.
- En 1991, paraissent deux textes importants dans la formation initiale : le décret du 23 octobre, qui organise le stage en orthophonie auprès d'un

praticien, et l'arrêté relatif à la désignation des maîtres de stage en orthophonie.

- Enfin, en 1992, c'est la compétence de l'orthophoniste qui est élargie par un décret qui complète celui de 1983 : guidance parentale, prévention et rééducation tubaire essentiellement.
- En 2002, un grand bond en avant est réalisé dans la reconnaissance de la compétence et des missions de l'orthophoniste, paraissent successivement, et après de nombreuses années de négociations, un nouveau décret de compétences qui n'est plus une simple liste d'actes, et la révision de la Nomenclature des actes, avec des nouveaux libellés plus explicites. Désormais, la prescription médicale pour accéder à l'orthophoniste se limite au «bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire»; l'orthophoniste est responsable de la mise en œuvre du traitement dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Ainsi, depuis l'obtention du statut légal en 1964, l'orthophonie a à la fois développé son champ de compétences et sa formation initiale. Les décrets de 1983 et 2002 ont été des avancées importantes dans la profession qui, située à un carrefour de la médecine, de la pédagogie et de la psychologie, s'est vue de nombreuses fois contester sa compétences pour certains troubles.

1.2. Spécificités

1.2.1. L'orthophonie au carrefour de multiples disciplines

Le travail de l'orthophoniste peut s'observer comme étant au carrefour de multiples disciplines : la linguistique, la pédagogie, la médecine, la psychologie, la sociologie. Selon Abbott (1988) cité par Tain (2007), ce qui crée le fait professionnel c'est la «capacité à mobiliser une «inférence», c'est-à-dire à articuler savoir formel et pratique concrète». L'inférence exprime le fait que le lien existant entre une situation et la remédiation qui peut y être apportée se réfère à un savoir organisé. Ainsi la pluridisciplinarité présente dans le métier d'orthophoniste explique les inférences plurielles auxquelles il est soumis et dont il se démarque parallèlement pour faire exister sa spécificité, tout en puisant dans des champs connexes et multiples des fondements théoriques propres à éclairer sa pratique. Au-delà de ces inférences, il s'agit de valoriser la dimension technique afin de permettre à l'orthophoniste de légitimer son rôle de thérapeute des troubles de la communication humaine.

Les fonctions de prévention et de dépistage revêtent aujourd'hui un aspect primordial de l'orthophonie tant l'information et la formation des autres professionnels de la santé et de l'éducation ainsi que le dépistage précoce des compétences en communication du jeune enfant sont devenus une mission à part entière de l'orthophoniste. En effet, l'intervention la plus précoce étant la plus efficace, il était indispensable que cela rentre dans le champ de compétences des orthophonistes.

Ces compétences, complétées au fur et à mesure des années par une formation continue, s'étendent de la neurologie à la pédagogie, en passant par les sciences humaines. Des techniques de rééducation sont sans cesse actualisées et les progrès des disciplines médicales avec lesquelles l'orthophonie a trait lui permettent de mettre à jour régulièrement ses connaissances dans de multiples domaines (psychiatrie, neurologie, psychologie, orl ...). La formation continue a pour but de remettre en question les schémas et techniques de rééducation habituels, et cela, au gré des évolutions scientifiques. La spécificité de l'orthophonie n'en est que renforcée et concède un garant qualitatif de plus à la formation initiale.

De plus, une des principales aptitudes de l'orthophoniste est de réunir un savoir sur une multitude de disciplines ayant rapport avec les troubles de la communication pour en étayer ses rééducations. Ainsi les éléments de linguistique, de pédagogie, de médecine et de psychologie dont l'orthophoniste dispose lui permettent d'établir des corrélations entre ces différentes disciplines et de les utiliser au sein de sa pratique. Une rééducation orthophonique est une rééducation « sur mesure » : en plus de réunir différentes disciplines pour révéler ses techniques, elle se doit de prendre en compte la personnalité du sujet ainsi que son trouble (nature, origine, spécificités etc) afin d' aboutir efficacement à une prise en charge adaptée et personnalisée.

1.2.2. Pluralité des patients et des pathologies

Aujourd'hui, l'ensemble des troubles de la communication concerne l'orthophonie. Il s'agit de troubles du langage oral et écrit quelle que soit leur origine (traumatisme, handicap, dysfonction). Étant donné que la communication est un outil nécessaire à chaque humain et ce, à tous les âges de la vie, il était évident que les orthophonistes allaient devoir prendre en charge des patients d'âge, de sexe, de milieu socioculturel différents. Il s'agit donc non seulement d'avoir une connaissance précise du développement du langage, de ses troubles et des pathologies sous-jacentes mais aussi de s'adapter constamment à une clientèle hétérogène.

En ce qui concerne les pathologies, les troubles du langage aboutissent à une réglementation concernant un corps professionnel grâce à la loi du 10 juillet 1964 par nécessité de prendre en charge des troubles qui existaient déjà bien sûr mais dont les connaissances et les techniques rééducatives n'étaient pas rassemblées dans un même métier mais rencontrées de manière disparate et isolée. En effet, la prise en charge d'enfants sourds remonte au XVIII^e siècle, celle du bégaiement au début du XIX^e, les troubles de l'articulation dès le début du XX^e et la dyslexie dans les années 1930.

Depuis la loi du 10 juillet 1964 qui confère à l'orthophonie un statut légal, le métier d'orthophoniste n'a cessé d'évoluer tout comme ses domaines d'intervention. Le tableau suivant (Haberer, Voisin (2003) cités par Tain (2007)) montre l'élargissement progressif des domaines d'intervention selon les décrets de compétence :

Pathologies	Décrets de compétence de 1983	Décrets de compétence de 1992	Décrets de compétence de 2002
Aphasie	+		
Articulation, parole, langage	+		
Bégaiement		+	
Déglutition	+		
Division palatine ou incompetence vélo pharyngée	+		
Dysarthrie, dysphagie	+		
Dyscalculie	+		
Dyslexie, dysorthographe, dysgraphie	+		
Dysphasie			+
Laryngectomie	+		
Rééducation du jeune enfant présentant un handicap	+		
Surdité	+		
Systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication			+
Troubles liés au vieillissement			+
Troubles vélo-tubo-tympaniques		+	
Voix	+		

1.2.3. Recherche et construction d'une identité professionnelle

Au fil du temps et au gré de l'évolution du métier d'orthophoniste, s'est forgée une identité professionnelle qui n'a de cesse de s'affirmer et de se renforcer.

L'identité professionnelle est par définition, ce qu'est et ce qui caractérise un groupe de personnes au niveau professionnel. Il s'agit de définir un métier ainsi que l'ensemble des éléments qui la singularisent. Il faut également préciser le rôle de ce métier dans la société et les missions devant être remplies par le groupe de personnes se revendiquant de cette identité.

La construction d'une identité professionnelle correspond à l'intégration de savoirs spécialisés comprenant un vocabulaire précis, des propositions, un programme et une vision du monde bâtie en fonction des domaines d'activités de cette profession. Cela aboutit à l'émergence de groupes de personnes rassemblées autour d'un même métier et ayant des idées, des attraits et des réflexions en commun.

Au niveau de l'orthophonie, cette identité professionnelle s'est formée au départ par la volonté de Suzanne Borel-Maisonny de non seulement approfondir les recherches concernant la pratique orthophonique mais aussi de créer un statut légalisant la profession. Elle, ainsi que les pionnières de l'orthophonie en France, ont également contribué à créer des institutions qui ont justement aidé à renforcer cette identité : la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) et l'Association des rééducateurs de la parole et du langage oral et écrit (ARPLOE). Les pionnières de l'orthophonie se sont donc investies dans ce métier et ont aidé à sa reconnaissance sociale. On va voir que leur parcours, leurs attentes et leurs intérêts ont souvent été proches.

Tout d'abord et comme aujourd'hui, aux prémices de l'orthophonie, les femmes sont largement majoritaires. Cela a entraîné la persistance de l'idée d'une identité professionnelle exclusivement féminine. Selon Laurence Tain et al. (2007) cette féminisation du métier d'orthophoniste pourrait s'expliquer, à l'époque, par l'attrait de concilier vie familiale et profession libérale, les orthophonistes évoquant davantage leur intérêt pour le langage que leur désir de travailler avec des enfants. Cependant la mise en libérale est présente dans de nombreux métiers, pourtant beaucoup moins féminisés que l'orthophonie. Et ces femmes qui s'intéressent aux troubles de la communication, au début des années 1950, proviennent d'un milieu social et

culturel favorisé. Elles présentent un intérêt particulier pour trois disciplines : la médecine, la pédagogie et la psychologie. Souvent, l'orthophonie n'est alors qu'un choix de deuxième intention, guidé par une pression sociétale (féminisation faible des études médicales, incompatibilité avec une vie de famille) pour le métier de médecin, par l'argument d'absence de débouchés pour le métier de psychologue etc. Mais à l'époque on trouve des femmes ne choisissant pas l'orthophonie par dépit mais avec une envie primaire d'étudier les pathologies du langage. Ces différentes trajectoires ont permis d'enrichir la profession en lui revêtant un caractère pluridisciplinaire. Pour d'autres femmes, la rencontre avec l'orthophonie s'est faite parce qu'elles en ont eu recours pour leur(s) propre(s) enfant(s) et que cela leur a permis d'entrevoir les soins qui leur étaient apportés de manière professionnelle. Ces femmes ne cessent de se former, d'apprendre sur les pathologies et de créer des nouveaux moyens de rééducation : cette formation professionnelle continue est encore aujourd'hui une marque de l'identité de l'orthophoniste. A l'image de Mme Borel-Maisonny, beaucoup d'entre elles ont travaillé aussi longtemps qu'elles l'ont pu, dans un esprit d'aide et d'engagement dans les soins apportés à l'Autre. Les parcours et les trajectoires, les raisons de l'investissement dans ce métier ont donc pu être différents mais révèlent en tout cas un certain engagement social, qui définit justement l'identité professionnelle de l'orthophoniste, lié(e) à ses patients dans un processus d'aide, de soin et de réhabilitation de la communication.

2. La relation thérapeutique en orthophonie

2.1. Le symptôme

2.1.1 Le langage, étroitement lié au psychisme

Le langage, dans l'usage scientifique, désigne la capacité, dont est doté tout être humain normalement constitué, d'apprendre et d'utiliser un ou plusieurs systèmes de signes verbaux pour communiquer avec ses semblables et se représenter le monde.

Le langage permet de mettre en lien et de communiquer nos pensées et à ce titre il a pour rôle l'organisation et l'expression de la pensée. Ainsi, pour Danon-Boileau (1999), « bien plus que de permettre au sujet de manipuler des choses en leur absence, le langage l'autorise à prendre de la distance par rapport à sa propre

pensée. Il permet au sujet de cristalliser dans un symbole de ce que lui-même pense de ses propres pensées, la façon dont il les situe par rapport à l'actualité, certes, mais aussi par rapport à la pensée de l'autre, et enfin par rapport à son propre processus de pensée. En sorte que si le langage permet de manipuler des objets en leur absence, il permet surtout au sujet de penser sa propre pensée. »

Le langage est par ailleurs un instrument de communication et dégage donc une fonction relationnelle qui permet la rencontre ou la séparation et qui contribue à la découverte de l'Autre. Ainsi, les difficultés relationnelles ont une incidence sur le langage, et réciproquement, que des troubles dans le langage peuvent gêner la communication avec les autres. Le langage s'inscrit toujours dans la relation avec l'Autre. Le langage construit la relation et la relation se construit avec le langage. En effet, l'enfant s'imprègne du langage dans la relation, il apprend au contact de ceux qui utilisent avec lui ce langage. Petit à petit, l'enfant va opérer un décentrement par rapport à lui-même qui va lui permettre de ne plus croire que le langage qu'il utilise traduit la représentation de tout le monde (si on parle d'un chat, ce sera son chat par exemple) mais que chacun possède ses propres représentations du monde. Il va alors composer avec l'aspect pragmatique du langage, respectant peu à peu les règles de régulation de l'échange, d'adaptation au contexte et à l'interlocuteur et d'organisation de l'information de manière à acquérir un langage social.

De par ses fonctions d'expression de la pensée et de mise en relation, langage et psychisme sont donc liés. Brin et al. dans le « Dictionnaire d'Orthophonie » (2004) précisent, à propos du langage, que « la réalité de sa définition est en fait très complexe puisqu'elle concerne des disciplines variées : c'est un acte physiologique (réalisé par différents organes du corps humain), cognitif (supposant l'activité volontaire de la pensée), social (permettant la communication entre les hommes). » Le langage pourrait donc être abordé selon de multiples points de vue et nous allons nous intéresser plus spécifiquement au trouble du langage et au sens qu'il peut prendre, sous le nom de symptôme.

2.1.1. Le trouble du langage, symptôme

La notion de symptôme s'inscrit dans la recherche des différents événements responsables de son émergence. On cherche alors ce qui a causé le symptôme en mettant en relation différents événements qui font sens. La recherche de sens est

primordiale dans la notion de symptôme car elle permet de faire des liens et de retrouver à quoi le symptôme s'associe.

En psychanalyse, le symptôme apparaît comme étant l'expression de conflits internes qui permettrait au sujet d'éviter l'angoisse procurée par des situations ou problèmes impossibles à résoudre pour lui. Le compromis alors effectué nécessite une importante dépense d'énergie, responsable du symptôme en lui-même.

En psychologie, le symptôme se définit par son appartenance au domaine de l'inconscient. Il exprime alors quelque chose mais ne révèle pas le processus de sa mise en place.

Mais le symptôme est d'abord présent au niveau médical où il est défini comme « phénomène, caractère perceptible ou observable lié à un état ou à une évolution qu'il permet de déceler. » Cela signifie qu'un symptôme est révélateur d'une pathologie précise qu'il s'agit ensuite de trouver.

Le trouble du langage est à considérer comme étant au cœur de relations multiples. En effet, lorsqu'une personne vient consulter pour un trouble du langage, c'est que cela l'indispose dans sa relation aux autres, dans ses apprentissages etc. C'est en mettant en lien le trouble du langage avec d'autres événements pour mieux le comprendre qu'il devient symptôme. Le sujet, perçu dans une dimension globale, est porteur d'un symptôme l'impliquant et faisant état de son fonctionnement et de ses particularités. Puisque ce symptôme agit au niveau social, il gêne la communication et freine les interactions langagières. Il empêche une expression correcte et à ce niveau témoigne d'une difficulté du sujet. Mais le trouble du langage empêche justement au sujet de parler de cette difficulté, elle s'exprime pour lui. Le symptôme est alors présent à un moment précis de l'histoire du sujet et c'est le moyen trouvé par le sujet pour faire face à un problème.

Qu'il s'agisse d'un trouble du langage d'origine organique ou psychogène, les bénéfices secondaires peuvent être présents. D'abord parce que le sujet a appris à apprivoiser son trouble, à vivre avec lui et que ce que l'on connaît est toujours préférable à un inconnu, parfois angoissant. Ensuite parce que l'adaptation de l'entourage au symptôme, la recherche de mécanismes de compensation peut favoriser l'apparition de ces bénéfices secondaires. Cela peut passer pour certains parents par l'établissement de moments privilégiés, par une attention particulière, par des comportements positifs envers l'enfant etc. Dans tous les cas, ce symptôme aura des conséquences sur la vie familiale.

Le patient a su trouver le trouble du langage pour exprimer quelque chose de lui-même, pour faire face à un problème qu'il a rencontré au cours de sa vie. Ce symptôme lui est alors profitable puisqu'il lui a permis de résoudre momentanément son conflit. Vouloir qu'il lâche son symptôme c'est prendre le risque de le remettre face à l'angoisse qui avait créé celui-ci mais aussi d'abandonner les bénéfices secondaires que lui et son entourage avaient mis en place. Nous devons donc agir à deux niveaux : tout d'abord faire prendre conscience à l'entourage de l'importance pour le patient de quitter son symptôme afin que celui-ci l'y autorise et l'y encourage mais aussi d'accompagner l'enfant pour favoriser un mieux-être sans son symptôme afin que cela ne représente plus une nécessité pour lui.

2.2. L'évolution de la relation thérapeutique

2.2.1. Historique

Une évolution de la relation patient/malade a marqué l'histoire de la médecine.

En effet, on a longtemps dissocié le corps, objet d'investigations scientifiques, de l'esprit, davantage réservé aux disciplines philosophiques.

C'est ainsi que prendra place « le paradigme anatomo-clinique » avec à la Renaissance, les premières autopsies de Harvey. Par la suite, les grandes campagnes Napoléoniennes fourniront aux chirurgiens comme Xavier Bichat un grand nombre de cadavres et de blessés, qui permettront d'asseoir ce paradigme et d'exclure le sujet au profit des avancées médicales sur le corps.

Les années 50 verront apparaître un autre paradigme nommé biophysio-pathologique » qui continuera de traiter de manière objective le patient, on note que cette dissociation présente le risque de réifier la personne.

Ces techniques médicales niaient le patient en tant que sujet et ne s'attachaient qu'à traiter l'enveloppe corporelle. La médecine n'avait alors aucun lien avec les sciences humaines .

La volonté de réintégrer le patient dans les relations médecin/malade est apparue depuis le procès de Nuremberg, suite aux exactions nazies dans les recherches biomédicales. D'un point de vue éthique et juridique, il fallait intégrer l'information et le consentement dans la pratique médicale. Le patient va petit à petit être reconnu comme sujet et non comme objet.

Cependant, dans les années 70, on assiste encore à une relation déséquilibrée entre le médecin et le malade : les capacités de choix du patient sont encore souvent négligées.

Les désirs de liberté et d'autonomie qui découlent des Lumières, ne prendront corps réellement que dans la seconde moitié du XXème siècle qui sera synonyme de grandes avancées médicales et de démocratisation de l'information. Les patients vont alors prendre conscience des nouveaux enjeux de la médecine, vont participer aux recherches, au dépistage et vont avoir la liberté de choisir leur thérapie.

Le patient devient un consommateur sur le marché de la santé : les médicaments se multiplient ainsi que les soins et l'accès à l'information grâce aux nouveaux moyens de communication, font du patient un réel acteur de sa prise en charge.

Ces avancées ont réintégré le patient dans la relation thérapeutique en le considérant comme sujet qui a des droits et qui doit être informé par son médecin. Un principe de consentement dans les démarches de soins sera affirmé en 2002 avec la loi « Droits des patients » qui rendra officiel le pouvoir et l'autonomie du patient. La loi de 2002 établit l'accès direct au dossier du patient et impose l'information de la personne malade, c'est une loi généraliste qui traite de toute pratique médicale. Parsons (Cornillot, 1992 cité par Prioux et al., 2009) parlera « d'autorité du patient ».

Notons qu'il existe des dérives dans cette nouvelle configuration : la surinformation peut donner lieu à des effets de mode dans le domaine médical, comme ce fut le cas pour la dyslexie en orthophonie. Le patient étant de plus en plus actif, on assiste parfois à un rendez-vous d'experts et non plus à une consultation médicale. Certains patients viennent même avec un diagnostic déjà établi, en orthophonie il n'est pas rare d'entendre « Mon fils est dyslexique » avant même d'avoir fait le bilan. Par ailleurs, les droits juridiques des malades et la multiplication des procès peuvent avoir comme effet des abus procéduriers qui obligent les médecins et chirurgiens à se couvrir pour la moindre intervention.

Le pouvoir n'est plus unilatéral, le patient peut désormais exiger de son médecin une information claire et précise et un accès à son dossier. Ce qui implique une bonne tenue du dossier médical de la part du praticien, qui veillera à rester neutre et correct dans la rédaction. La communication devra désormais être adaptée au patient, avec un langage clair et non un jargon professionnel. Le médecin a

désormais le devoir de communiquer avec le malade, que ce soit en ce qui concerne le déroulement de la thérapie ou les résultats de cette thérapie.

2.2.2 D'une relation verticale à une relation mutuelle

Parallèlement à l'évolution de la société et du statut du patient, la relation thérapeutique s'est trouvée modifiée. Nous sommes ainsi passés d'une relation verticale, où le médecin paternaliste était le seul à détenir le savoir, à une relation mutuelle dans laquelle médecin et patient collaborent.

Cela fait appel à deux registres impliqués dans la relation thérapeutique, décrits par Aïach-Fassine et Saliba (1994, cités par Prioux et al., 2009) :

- Le registre cognitif et technique, qui fait appel aux savoir et savoir-faire. Cela concerne le thérapeute et sa connaissance technique (le diagnostic, le traitement) et s'inscrit dans la relation verticale.
- Le registre relationnel et affectif, qui concerne à la fois le patient et le thérapeute et qui se rapporte à la relation mutuelle.

Il est nécessaire de trouver un bon équilibre entre l'aspect technique et l'aspect relationnel.

Un orthophoniste ne peut pas se cantonner à des rééducations fonctionnelles, en occultant le fait qu'il travaille avant tout avec un être humain. Le thérapeute devra donc concilier savoir-faire et savoir-être.

Cela n'implique pas de nier le fait qu'en tant qu'orthophoniste, nous possédons un savoir. En effet, nos quatre années universitaires nous ont conféré des connaissances et une expérience sur les troubles du langage et de la communication ainsi que sur leur traitement. Il ne faut pas négliger cet aspect car la demande d'aide des patients repose sur ce savoir et participe à l'échange qui est la base de toute relation. Notre savoir est ce que nous offrons comme acte thérapeutique et c'est ce qui fait que nous nous différencions d'autres professionnels et d'une personne profane.

Cependant, nous devons veiller à bien faire valoir ce savoir. Tout d'abord pour ne pas s'ériger en tant que professionnel tout-puissant, mais aussi pour éviter que les parents ou l'entourage ne nous délèguent leurs responsabilités. En effet, le fait de trop valoriser nos compétences, implique une déresponsabilisation de l'entourage qui s'en remet totalement à nos compétences et attend souvent une solution miracle.

Dans cette situation, l'entourage demande des comptes sur les rééducations, sans y participer.

Pourtant, il est primordial d'impliquer l'entourage dans la rééducation, l'idée est de partager et de coopérer avec les parents ou les proches. Hippocrate (400 avant notre ère, cité par Baron, 2010), parlait déjà de la nécessité à impliquer le patient et son environnement dans la thérapie: « Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants et les choses extérieures y concourent. »

2.2.3 Les fondements d'une relation d'aide

2.2.3.1 L'empathie

L'empathie n'est pas un mécanisme en soi mais un processus de communication dont il s'agit de préciser le ou les mécanismes. Pour Greenson (1960, cité par Boulanger et al., 2006), « entrer dans les sentiments de l'autre sans être impliqué émotionnellement », il nous faut nous imaginer à la place de l'autre. Il s'agit d'une identification partielle temporaire, réalisée intentionnellement mais pas nécessairement consciemment. D'après Bluie (1981, cité par Boulanger et Lançon, 2006), cette construction imaginaire de l'expérience subjective d'autrui nécessite la mise en acte de phénomènes inférentiels. C'est parce que je peux me représenter l'univers contextuel dans lequel se développe la pensée, consciente ou inconsciente d'autrui que je peux m'identifier à lui. Selon Rogers (1980, cité par Daron, 2003), l'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne. Dans la tradition phénoménologique, l'empathie représente l'appréhension de l'affectivité d'autrui. Le terme d'empathie sera remis à l'honneur par la psychanalyse à partir des années 1960, grâce en partie à Greenson, soulignant la pertinence de ces valeurs de proximité, d'intersubjectivité et d'identification. Mais l'empathie prend toute sa dimension dans le courant de l'Egopsychologie, où elle est considérée comme le principal pilier de la relation thérapeutique. Dans l'approche centrée sur la personne élaborée par Rogers (1985, cité par Boulanger et Lançon, 2006), la compréhension empathique serait le fait de sentir le monde intérieur du patient et le comprendre comme si il était le notre, sans jamais oublier qu'il ne l'est pas. Pour Rogers (1980, cité par Boulanger et Lançon,

2006), le rôle du thérapeute sera donc de ressentir les sensations et les émotions que son patient éprouve et de lui communiquer cette compréhension en retour. Le processus d'empathie repose alors sur le mode du «comme si». Cette dernière distinction est primordiale car elle distingue significativement pour le thérapeute, le processus d'empathie de celui de l'identification. Actuellement, on peut concevoir l'empathie comme une simulation mentale consciente de la subjectivité d'autrui.

Le concept d'empathie est primordial dans la relation thérapeutique. Le principe est de comprendre les sentiments et émotions d'autrui, sans les ressentir. Cela implique une certaine distance et se différencie de la sympathie. En effet, alors que la sympathie est un emportement affectif plutôt instinctif, on retrouve dans l'empathie l'idée de faire un effort de compréhension des affects de l'autre ce qui révèle une distance intellectuelle et une maîtrise de ses émotions.

Cela n'induit pas un anéantissement des sentiments en adoptant une attitude froide et distante, au contraire l'empathie requiert affection et sensibilité et c'est justement ce qui va nous permettre de nous intéresser au patient autrement que comme un cas clinique. Le dictionnaire d'orthophonie (2004) insiste sur cet aspect en définissant l'empathie comme une «capacité d'identification à l'autre, qui permet une sorte de communication affective et de compréhension d'autrui».

Il est cependant nécessaire de ne pas tomber dans l'identification, au risque d'attribuer à autrui ses propres émotions. Cela a pour effet de fausser le point de vue du thérapeute, qui n'aura plus assez de distance pour juger objectivement son patient. L'autre risque est de se laisser submerger par ses émotions et de ne pas être capable d'accueillir la souffrance d'autrui. Dans ces deux cas, le danger est de sortir de notre rôle de thérapeute compétent pour nous mettre à la place du patient. N'étant plus dans le rôle du professionnel mais de celui qui souffre, on ne pourra pas accueillir la souffrance de l'autre et l'aider. Jasmin (2004) définit bien une «compréhension empathique» qui nécessite que le thérapeute se distingue de son malade.

2.2.3.2 La confiance

La confiance va impliquer un sentiment de sécurité et va favoriser la relation d'aide. Elle caractérise le fait de s'en remettre entièrement à une personne envers laquelle on croit fortement.

La confiance est induite par le fait qu'en tant que thérapeute, nous nous devons d'adopter, comme le précise Claude Chassagny (1977), une neutralité bienveillante

qui exclut tout jugement et a priori. Le patient se sent donc libre d'agir au sein de l'espace thérapeutique, sans craindre un regard subjectif du soignant. Cette sensation de liberté d'actes et de paroles est renforcée par l'obligation du praticien au «secret professionnel», qui l'empêche de divulguer ce qui se déroule en séance. La confidentialité et l'objectivité vont donc être deux facteurs qui vont favoriser l'émergence d'un sentiment de confiance de la part du patient.

Par ailleurs, la confiance doit également concerner notre méthode de travail. Le patient doit croire en notre technique et notre savoir. Cela passe par le fait de communiquer au patient les informations dont nous disposons sur sa pathologie, et de lui expliquer clairement comment nous comptons agir et par quels moyens. C'est ainsi que le patient sera rassuré et pourra croire en sa guérison.

Enfin, cette relation de confiance passera par le devoir de chaque orthophoniste de croire aux compétences de son patient. La sincérité de la parole du soigné et sa volonté de guérir ne doivent pas être remises en question. Cela participera à la confiance que nous accorderons aux potentialités du patient, à sa capacité de progrès et de changement. Tout déterminisme va condamner le patient et inconsciemment scléroser la rééducation.

2.2.3.3 Importance du cadre de la relation thérapeutique

Le cadre est à la fois ce qui va qualifier le lieu et le temps du rendez-vous, mais aussi tout ce qui représente les limites et règles instaurées au sein de la séance en elle-même.

Gilliéron (1992, cité par Baron, 2009) distingue deux fonctions du cadre :

- Une fonction topique, qui regroupe les éléments extérieurs comme les paramètres spatio-temporels (les horaires, le lieu), les honoraires, le type d'exercices à effectuer, etc...
- Une fonction dynamique, qui met en rapport le versant social et thérapeutique, c'est ce qui concerne la confidentialité, la neutralité, l'absence de coercition et de jugement. C'est la partie éthique qui existe au sein de tout cadre thérapeutique.

Le cadre sera dans un premier temps explicite : l'orthophoniste va, en début de prise en charge, communiquer le déroulement et les objectifs de la rééducation. Par la suite cette notion de cadre sera implicite et intégrée, elle ne redeviendra explicite qu'en cas de rupture du cadre. On retrouve l'idée du contrat thérapeutique,

car on communique le projet de la rééducation et c'est d'ailleurs au début de la prise en charge que l'on peut évoquer le fait que celle-ci aura un terme. Cela permet d'anticiper les angoisses de séparation et va instaurer une dynamique qui fera avancer la thérapie.

Le cadre de la thérapie va fixer les règles de cette relation thérapeutique. Il se construit avec le patient, mais est déterminé par le thérapeute. Cela va donc impliquer la coopération du patient et mettre en place une hiérarchie, dans laquelle l'orthophoniste affirme en quelque sorte son pouvoir en instaurant des limites et des objectifs. Cependant, le thérapeute devra faire preuve de souplesse et être capable de modifier le cadre, car le but est de maintenir la rééducation. Par conséquent, il sera parfois nécessaire de le remettre en question en fonction du patient. Par exemple, en orthophonie, le cadre thérapeutique d'un enfant autiste se doit d'être plus rigoureux que celui d'un enfant qui vient pour un retard de langage. Par ailleurs, le cadre thérapeutique est un champ de force auquel le patient et le thérapeute se soumettent, cela vient nuancer le pouvoir du thérapeute

Ce cadre est nécessaire car il permet de fixer des limites, c'est une sorte de balisage qui fera que la relation thérapeutique sera différente d'une relation sociale habituelle de rencontre. C'est également ce qui va permettre de se protéger contre toute forme d'intimité ou tout attachement trop personnel. Cela situe la rencontre dans son contexte de soin et préserve l'objectif de la thérapie. Il est important de conserver cette distance car un investissement trop important dans une rééducation peut rendre difficile la fin de celle-ci. Car le terme de la rééducation peut être naturel, suite à la disparition du trouble, mais aussi précipité par la complication de la pathologie. C'est ce qui arrive fréquemment dans le cas des scléroses latérales amyotrophiques, qui impliquent d'emblée une espérance de vie de quelques mois et confrontent l'orthophoniste au deuil de son patient.

Le cadre structure l'espace des soins, il a été comparé par Anzieu (1987, cité par Baron, 2009) à une enveloppe maternelle et Bleger (1996, cité par Baron, 2010) le qualifie «d'institution dépositaire de la régulation symbiotique avec le corps de la mère». Cette métaphore reflète bien la notion de sécurité qui existe dans le cadre thérapeutique. En effet, les habitudes de lieu, d'espace, de disposition des éléments de la pièce, le tempérament constant du thérapeute, les rituels instaurés en début de séances. Tous ces éléments vont participer à la constitution d'une sphère stable et rassurante dans laquelle le patient n'aura pas peur d'évoluer. Toute modification du

cadre va avoir un impact plus ou moins durable sur la séance et parfois sur la rééducation et aura une signification. Jasmin (2004) insiste sur le fait que le cadre doit être «simple et neutre, pour que la personne s'y rende avec naturel» et constate que c'est la permanence des éléments qui fait qu'ils sont stables et rassurants.

Une dynamique va se créer entre l'orthophoniste, le patient, le cadre et la relation et chacun, en fonction de ses caractéristiques, influe sur les autres. C'est ainsi que va s'engager le processus de la rééducation.

2.3 Les mécanismes psychiques sous-jacents de la relation thérapeutique

Nous allons aborder dans cette partie les différents phénomènes psychiques qui se jouent au sein d'une relation thérapeutique.

2.3.1 Le transfert

La notion de transfert n'appartient pas uniquement au domaine de la psychanalyse. En effet, dès 1909, Ferenczi (Roudinesco et al., 2000, cités par Béguin, 2002) observe que le transfert existe dans toutes relations humaines : entre le maître et son élève, entre le médecin et son malade. Freud (réédition de 1987) affirmera bien ce concept : « Il ne faut pas croire que le phénomène du « transfert » soit créé par l'influence psychanalytique. Le « transfert » s'établit spontanément dans toutes les relations humaines, aussi bien que dans le rapport malade/médecin : il transmet partout l'influence thérapeutique et il agit avec d'autant plus de force qu'on se doute moins de son existence ». Selon Freud, la psychanalyse « ne le crée pas: elle le dévoile ». Il ne faut donc pas cantonner ce mécanisme inconscient au domaine de la psychothérapie car il peut se révéler être une force dans l'avancement de la thérapie. Freud (réédition de 1987) le qualifiera de « levier le plus puissant du succès ».

Par ailleurs le transfert peut aussi s'avérer être « la plus forte résistance contre le traitement » (Freud, réédition de 1987, cité par Béguin, 2002), dans ce cas il sera également primordial de savoir l'identifier pour pouvoir comprendre les résistances qui s'opposent à la rééducation. Ajoutons à cela que le dictionnaire d'orthophonie (2004) intègre la notion de transfert dans toute prise en charge orthophonique: « Les phénomènes de transfert et de contre transfert existent dans toute thérapie, y

compris pendant une rééducation orthophonique ». Cependant une limite doit être fixée quant à son interprétation: «Il n'y a qu'en psychanalyse qu'ils sont reconnus, objectivés et analysés». L'orthophoniste doit donc veiller à rester dans son champ de compétences en se refusant d'analyser le transfert mais doit par ailleurs selon Dubois (1990, cité par Béguin, 2001), lui reconnaître une place et le laisser s'exprimer.

Selon le dictionnaire de la psychanalyse (2000, cité par Béguin, 2002), le transfert définirait le fait que «les désirs inconscients de l'analysant concernant des objets extérieurs viennent se répéter, dans le cadre de la relation analytique, sur la personne de l'analyste mis en position de ces divers objets.» Le concept de transfert fut longtemps qualifié de «report affectif», c'est depuis Freud qu'il a pris toute son importance sein de la cure psychanalytique car il va le considérer comme un élément essentiel de la thérapie. Pour lui le transfert est une résurgence de mécanismes affectifs qui remontent à l'enfance et qui appartiendraient à la partie inconsciente de nos pulsions libidinales. Il distinguera le transfert positif qui favorise l'évolution de la thérapie, du transfert négatif qui oppose les plus fortes résistances de l'inconscient à la guérison.

Par la suite, la théorie du transfert fut maintes fois sujet de débat quant à sa place dans la thérapie et son maniement par l'analyste. Nous pouvons également citer la définition du dictionnaire d'Orthophonie (2004), qui affirme que le transfert «correspond au report des sentiments que le sujet a éprouvé dans son enfance à l'égard de ses parents, sur la personnalité de l'analyste.». Lacan (1961, cité par Béguin, 2002) quant à lui voit le transfert comme le fait d'attribuer à l'analyste le savoir absolu. Ainsi, selon cette définition, le patient est déjà dans une relation transférentielle avant même de nous avoir consulté car il nous investit d'un savoir, en fonction de ce que lui ont dit ses proches, l'entourage médical et éducatif sur la profession d'orthophoniste. L'image que le patient se fait de nous avant de nous rencontrer est déjà une projection.

La rééducation orthophonique offre un cadre privilégié de relation duelle centrée sur le patient et qui s'inscrit dans la durée, cela va donc induire une relation de confiance sécurisante, dans laquelle le transfert sera une continuité d'une projection affective. Nous reviendrons, sur ce mécanisme, pour voir en quoi il peut être utilisé en faveur de la résilience.

2.3.2 Le contre-transfert

Toujours selon le dictionnaire de la Psychanalyse (2000, cité par Béguin, 2002), le contre-transfert est l'ensemble des manifestations de l'analyste en relation avec celle du transfert de son patient. C'est Ferenczi (Roudinesco et al., 2000, cités par Béguin, 2002) qui mentionne le premier l'existence d'une réaction de l'analyste aux dires de son patient: « J'ai beaucoup tendance à considérer les affaires des patients comme les miennes. ». Balint (1939, cité par Béguin, 2002) relève une absence de spécificité du contre-transfert, qui oblige l'analyste à se tourner vers l'analysant et à repérer en lui les échos de ses propres failles. C'est dans l'observation du patient que l'analyste pourra percevoir cette notion de contre-transfert. On retrouve ici l'idée du miroir. Lacan (1961, cité par Béguin, 2002) quant à lui, considère que le contre-transfert est sans objet, ce ne serait qu'un effet du transfert qui vient atteindre le « désir de l'analyste ». Nous retiendrons la définition de Heinemann et al. (1987, citées par Béguin, 2002) qui caractérisent ce phénomène comme « l'ensemble des réactions et des sentiments que l'analyste éprouve vis-à-vis de son patient ».

Freud en 1910 (cité par Béguin, 2002) parlera de l'importance d'une auto analyse de la part du thérapeute, il faut « avancer l'exigence que le médecin doive obligatoirement reconnaître en lui-même et maîtriser ce contre-transfert ». En effet, cette dynamique inconsciente ébranle la résistance du thérapeute et peut provoquer en lui des pulsions contraires au bon déroulement de la thérapie. Par exemple, en cas de transfert négatif, l'analyste doit être solide pour ne pas céder aux tensions qui peuvent provoquer un rejet ou un jugement. Jasmin (2004) préconise l'importance du maintien du cadre et de la neutralité. A l'inverse, un transfert positif peut avoir comme risque de séduire le thérapeute qui, tenté par l'image du patient idéal, occultera ses aspects plus sombres. On retrouve ici l'idée du « faux self », développée par Winnicott.

Il est donc primordial de contrôler et de s'interroger sur nos propres projections et sur ce que nous renvoie chaque relation. Ferenczi (1900 Roudinesco, Plon 2000, cités par M.Béguin, 2002), parlera d'une « rigidité artificielle » qui découlera de la résistance du thérapeute face à ses propres émotions. Le contre-transfert est un outil dont l'analyste doit se servir au profit de la thérapie, Heinemann (1987, citée par Béguin, 2002) lie l'inconscient du patient et celui du thérapeute, le contre-transfert devient alors un instrument qui facilite la compréhension de

l'inconscient du patient. Par ailleurs, il est avéré que notre ressenti et nos émotions face aux patients conditionnent leur réussite. En effet, selon une expérience il a été prouvé que les pédagogues qui voyaient leurs élèves doués, les faisaient davantage réussir que ceux dont ils avaient un a priori négatif à cause de leur mauvaise réputation. C'est ce qu'on appelle « l'effet Pygmalion », développé par Rosenthal et Jacobson en 1968 (traduit en 1971, cité par Béguin, 2002).

Ainsi, les espoirs, la croyance positive du thérapeute vont avoir un impact sur les résultats des patients. D'où l'importance en tant qu'orthophoniste d'être dans une dynamique optimiste avec chaque patient et de mener à bien ce que Lacan (1961, cité par Béguin, 2002) nomme « le désir de l'analyste ». Nous reprendrons cette notion car elle rejoint le thème de la résilience qui se développe également à travers le regard des tuteurs et la confiance qu'ils placent dans l'enfant. C'est au sein d'un climat porteur et bienveillant qu'elle se développera. Il faut donc bien prendre en compte le pouvoir de ce que nous renvoyons au sein d'une rééducation et l'impact que cela peut avoir sur son développement.

L'orthophoniste devra donc être attentif à ce que l'enfant ou l'adulte qu'il accompagne projette en lui : cela peut être une peur de ne pas être à la hauteur à cause d'une pathologie trop complexe, ou une prise de conscience de la limite de nos connaissances lorsque le problème dépasse le domaine de l'orthophonie, mais cela peut également se traduire par des émotions négatives comme de l'énerverment ou le rejet d'un patient qui stagne et nous renvoie nos faiblesses, et parfois de la peur face à la maladie. La projection est d'autant plus forte d'un adulte à un enfant à cause de la position d'autorité que nous occupons. L'enfant reflète aussi celui que nous étions.

2.3.3 La relation d'aide, la base de la résilience

Après avoir analysé ce qui se jouait lors d'une relation thérapeutique, nous constatons que le climat instauré et les mécanismes inconscients qui s'y déploient sont autant de facteurs positifs pour mettre en place un projet de reconstruction. Car la rééducation est avant tout une réparation, une aide pour réacquérir ce qui a été perdu ou pour réhabiliter un fonctionnement défaillant. C'est donc au sein de cette dynamique que nous pensons pouvoir faciliter la résilience de certains patients.

Rogers (1986, cité par Baron, 2010) a défini la relation d'aide comme « une relation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser[...]une appréciation

plus grande des ressources latentes internes de l'individu ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage des ressources ». Nous reviendrons plus en détails sur le terme de « ressources », qui est essentiel pour la résilience.

La résilience est un processus qui nécessite certaines capacités internes mais qui se développe grâce aux interactions avec l'entourage. Nous avons donc un rôle à jouer dans ce processus et la rééducation est un moment privilégié pour mettre en place tous les repères et pour agir en faveur de la résilience. En effet, le patient est dans une relation duelle, de durée, de confiance, cela favorise la disponibilité psychique et nous devons être conscient du pouvoir de la dynamique de la thérapie. Martinaud (1996, citée par Baron 2010), considère que la finalité de la rééducation orthophonique est « de contribuer à l'émergence et à la réalisation de certaines potentialités bloquées chez le patient ». Cela peut concerner des potentialités fonctionnelles, mais aussi psychiques.

Nous allons donc voir comment nous pouvons utiliser les forces actives en rééducation au profit de la résilience.

3. La résilience

3.1. Définitions

La résilience est au départ un terme employé en physique, pour caractériser l'aptitude d'un métal à résister à un choc (étymologie latine : *resilio* signifiant sauter en arrière, rebondir, rejaillir.) En psychologie, cette notion a pris un sens différent, dans la mesure où elle ne se limite pas à la résistance, mais contient un caractère dynamique qui implique que l'individu qui subit un choc rebondit, se reconstruit.

Cyrluk (2002) a introduit cette notion en France et l'a défini comme « Une capacité à réussir, vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative. ». Manciaux et al. (2000, cités par Cyrluk, 2002) parlent de « résilier un contrat avec l'adversité », l'adversité étant vue ici comme une situation dont la dimension hostile pour les organismes vivants ou les personnes est clairement objectivable.

3.1.1. Un concept développemental

La résilience est à appréhender comme un processus actif en perpétuel mouvement, qui se construit tout au long de la vie. Cyrulnik (2001) expose l'idée que les prémices de la résilience se construisent dès la petite enfance, où l'enfant va en fonction de ses interactions avec son entourage amorcer un développement plus ou moins favorable de la résilience : « Les premières années constituent une période sensible de la construction des ressources internes de la résilience. » (Cyrulnik, 2001). Ces bases de la résilience vont dépendre de la qualité de l'attachement, et de l'accordage affectif du bébé avec son environnement. Ces mécanismes sont déjà dans une logique de résilience et constituent une sorte de capital avec lequel l'enfant va se défendre contre les agressions de la vie.

Il est important de souligner que rien n'est définitif. A chaque étape du développement les processus de résilience sont à renégocier. Cyrulnik (2001), illustre cette idée avec l'image du maillage ou du tricot, cela induit qu'il est possible pour le processus de résilience de se défaire, mais qu'il est tout à fait possible de le reconstruire. Par exemple, si une figure d'attachement venait à disparaître, l'enfant peut recréer un attachement avec un nouveau « tuteur de développement ».

3.1.2. Complexité du concept

Le processus de résilience ne peut être abordé de manière linéaire, il est multifactoriel. En effet, les auteurs le définissent comme un maillage complexe entre les aptitudes individuelles qui correspondent aux facteurs intrapersonnels, les compétences psychoaffectives familiales qui correspondent aux facteurs familiaux, les ressources issues de l'environnement social et communautaire qui correspondent aux facteurs socio-environnementaux et la structure de l'agression. Ces facteurs sont intriqués, connectés, articulés. Delage (2010) le dit lui-même, « Comprendre la résilience oblige à abandonner des principes causalistes linéaires auxquels nous sommes habitués. » .

Les facteurs intrapersonnels sont basés sur les ressources internes. Celles-ci vont dépendre du type d'attachement de l'enfant et de la qualité de ses interactions précoces. Cela va également englober des facteurs biologiques qui déterminent notre tempérament, nos capacités et aptitudes cognitives, les éléments de notre personnalité et nos mécanismes psychiques. Ainsi, les facteurs intrapersonnels

favorables vont être, par exemple : un attachement sécurisé, une flexibilité mentale, une bonne relation à autrui, une appétence à l'indépendance...

Les facteurs familiaux vont dépendre de l'environnement familial dans lequel l'enfant évolue. Une famille stable, dans laquelle les rôles sont clairement définis, souple et qui communique sera un bon facteur de résilience. Les rituels et codes d'appartenance sont également porteur pour un enfant, cela lui assure un soutien et une cohésion familiale.

Les facteurs socio-environnementaux vont englober à la fois l'entourage de l'enfant : les relations amicales, les clubs sportifs ou culturels, les associations...mais aussi les institutions qui ont un grand rôle à jouer, quelles soient médicales, sociales ou scolaires. Bien structurées, elles peuvent à tout moment être un soutien post-traumatique et offrir de nouveaux repères à l'enfant blessé en le sécurisant. C'est à ce niveau qu'en tant que thérapeutes nous pouvons agir et Cyrulnik (2002) insiste sur la place primordiale des organisations psychosociales qui tissent selon lui « la plus grande partie des facteurs de résistance d'un individu » en « lui tendant des perches et en lui offrant des circuits d'épanouissement possibles. » .

La question de la structure du traumatisme est intéressante. Le traumatisme peut revêtir différentes formes, il peut être biologique, affectif ou historique. Mais il est important de noter que ce n'est pas la nature du traumatisme qui est déterminante, c'est sa représentation au niveau individuel et social. Par ailleurs, un même traumatisme n'engendrera pas les mêmes réactions selon les individus. Un événement n'aura pas le même impact en fonction du moment où il survient, il est en effet différent de perdre sa mère à 6 ans et à 60 ans. Il ne faut pas se focaliser sur l'apparence d'un événement : il est admis qu'un traumatisme entre des personnes, intentionnel et durable, comme la maltraitance, peut être davantage délétère qu'un traumatisme spectaculaire et aigu comme peut l'être une catastrophe naturelle par exemple.

Ainsi, « La résilience met en jeu les aspects psychiques, somatiques et sociaux, conscients et inconscients, aux niveaux individuel, groupal familial et communautaires, institutionnel et social. » (Delage et al., 2010). Il est donc inutile de se focaliser sur les seules ressources internes car un individu ne peut pas être résilient seul, il doit pouvoir compter sur des soutiens et ressources extérieurs. Notons que ces interactions entre le sujet et son environnement mettent en jeu des

processus conscients et inconscients. Ce sont les événements externes qui vont pousser les ressources internes à se développer.

Par ailleurs, cette notion implique une certaine conception de la liberté. Comme le dit Delage (2010) : « Un des intérêts de la notion de résilience n'est-il pas d'envisager d'autres possibilités que celui du facteur ex machina d'un destin anticipé ? ». Il y aurait donc une autre alternative que le malheur face à l'adversité et il serait possible pour le sujet de ne pas s'abandonner à la souffrance sans avoir de projet de développement, mais de transcender cette souffrance et d'établir un projet social ou culturel.

Nous veillerons toutefois à nuancer cette notion car même si il existe désormais une certaine responsabilité du sujet face à son destin, la réussite de la résilience ne saurait être réduite à une volonté individuelle car elle implique beaucoup trop de facteurs externes.

3.2. Les mécanismes de la résilience

3.2.1. Les mécanismes de défense

Lorsque l'individu est exposé à un événement traumatique et que l'horreur rend la réalité insupportable, le psychisme va dans un premier temps se protéger. Cela va se traduire par des mécanismes de défense classiques :

- Le déni permettra de moins souffrir, et d'aller vers l'avant en s'adaptant à un réel incohérent qui va nier ou amoindrir le malheur.
- Le clivage représente la séparation d'affects opposés, de façon à ce que les uns ne contaminent pas les autres. L'absence d'intégration des affects dans une synthèse harmonieuse a pour but de lutter contre l'angoisse liée aux désirs de destruction. Le clivage va diviser la personnalité de l'individu en deux parties : une socialement adaptée et une plus sombre, secrète qui renferme la douleur encore inavouable du blessé et s'exprime par détours. C'est aussi ce qui va faire qu'un individu peut se comporter de manière différente, il aura une tendance à diviser les personnes qui l'entourent de manière manichéenne: les « bonnes » et les « mauvaises ».
- La rêverie est un refuge fantasmatique face à un réel trop dur à affronter et va permettre momentanément à l'individu de se soustraire à la réalité au profit de scénarios imaginaires ayant pour vocation l'apaisement.

Toutes ces stratégies vont permettre au traumatisé de supporter momentanément sa souffrance et d'amorcer la résilience. Cependant elles ne doivent être que provisoires, à long terme elles empêchent le processus car elles deviennent rigides et dommageables, on parle alors de dysfonctionnement chronique.

3.2.2. Les mécanismes qui réinvestissent la réalité

Une fois la première étape passée, le résilient va réintégrer la réalité et va apprendre à maîtriser ses émotions en remaniant son traumatisme. En effet, il est nécessaire de ne pas laisser les sentiments provoqués par un événement délétère à l'état brut, c'est-à-dire tels que l'individu les a ressentis lors de l'agression. Car sous cette forme, les émotions sont incompréhensibles et indicibles, elles ne sont que sensation d'horreur et tourment qui provoquent une désorganisation psychique comme la reviviscence, les cauchemars ou le stress post-traumatique. Selon Delage et al. (2010), « un souvenir traumatique est mémorisé de façon fragmentaire caractérisé par une déliaison entre les différents aspects, cognitif, émotionnel et sensoriel de ce souvenir. Il est stocké sous une forme brute, non assimilée, dans la mémoire implicite ou non déclarative. Le traumatisme bloque le traitement de l'information, c'est-à-dire son passage de la mémoire implicite vers la mémoire explicite ou narrative qui permet de donner sens, cohérence et développer la résilience. ». Cyrulnik (2001) parle de ce que peut ressentir un individu qui n'aurait pas fait ce traitement des faits traumatiques : « En entretenant des souvenirs précis, sans les remanier, sans les rendre cohérents, l'enfant aurait vécu dans un effroi constant. ».

Il va donc être nécessaire d'intégrer l'événement traumatique pour maîtriser la douleur et la métamorphoser en créativité. Donner du sens au traumatisme est également primordial car cela permet de prendre de la distance et de rendre le passé supportable, c'est ce qui va permettre de comprendre ce qu'il s'est passé et ce que l'on ressent. Selon Cyrulnik (2001), « Il faut comprendre et agir pour enclencher un processus de résilience. ».

Pour cela l'individu aura recours à de nombreux moyens:

Le récit, qui est un des outils les plus efficaces pour permettre une prise de distance avec le réel et un remaniement de son histoire. En effet, raconter un événement va impliquer de le repenser, de l'ordonner, de sélectionner les données

qui nous semblent pertinentes ou qui ont eu le plus de sens à ce moment et de maîtriser la narration et indirectement l'événement. Ainsi, il sera possible pour l'individu de ne plus vivre l'événement traumatique comme une fatalité qui s'abat sur lui et lui confère un statut de victime, mais comme un acte qu'il a réussi à surmonter. C'est cela qui va permettre un apprivoisement de l'horreur vécue, Bertrand (1997, cité par Cyrulnik 2001) énonce : « La mise en récit permet de réintroduire de la temporalité dans la représentation et par là de transformer la trace en pensée, la scène en scénario, la reviviscence en remémoration. ».

La temporalité va donner la possibilité de penser « un avant » et « un après » le traumatisme et ainsi permettre de ne pas en faire le début de tout. L'idée de remaniement du passé grâce au récit induit la question de véracité, car les éléments sélectionnés seront ceux retenus par la mémoire de l'individu. Cette subjectivité aboutira à ce que Cyrulnik (2002) appelle «un récit chimérique», car il n'est pas question de falsifier la réalité, mais d'assembler des événements qui ont existé dans un ordre qui fait sens au narrateur.

En outre, il est nécessaire que les faits vécus soient remodelés, repensés, ils ne peuvent être rapportés comme ils ont été vécus. Cyrulnik (2001) va même jusqu'à dire qu'un « souvenir trop réel et non interprété aurait empêché le processus de résilience ». Le récit se fait pour un auditoire ou un auditeur avec qui on va lier un lien suite au partage d'une confiance. Le témoignage est souvent rejeté parce qu'il est insupportable, il n'est pas rare que l'entourage censure une réalité qu'il ne peut admettre. Parfois c'est juste au travers de l'attitude de l'auditeur que le narrateur va comprendre que son récit dérange, qu'il le stigmatise et il va alors refouler.

Dans tous les cas, on constate souvent une nécessité de la narration, Delage (2010) le souligne : « Nous avons en effet besoin en permanence de communiquer et de partager nos émotions avec les autres. Cela nous est nécessaire pour les réguler et pour alimenter notre vie psychique. ». Pourtant, malgré ce besoin, on constate souvent que beaucoup de victimes se réfugient dans le mutisme car il y a des enjeux de la parole non négligeables, comme le sentiment de honte, la peur de ne pas être cru ou la difficulté à raconter l'impensable. Cyrulnik (2002) parle lui d' « identité narrative », qui permet à l'individu de retrouver son unité en supprimant le clivage et de se définir en tant qu'acteur : « Dire son histoire crée un sentiment de soi cohérent. ».

Toutes activités artistiques en général favorisent ce processus d'assimilation du traumatisme qui va permettre de l'exprimer métaphoriquement. Cela englobe la poésie, le théâtre, la peinture, le dessin, la chanson... On constate chez les personnes traumatisées une puissance créatrice qui ne se traduit pas essentiellement par une action artistique, mais qui revêt aussi la forme d'actions politiques ou philosophiques : « Le fait d'avoir un compte à régler, une contrainte intérieure à exprimer sa tragédie, pousse à la créativité. » (Cyrulnik, 2002). Cela va traduire un élan vers la société, une volonté de réintégrer la vie en se raccrochant à un sentiment d'appartenance ou en exprimant de manière artistique ses émotions en ayant comme but de les communiquer. Dans tous les cas, il y a cette idée de sublimer l'horreur dans des activités socialement valorisées et d'en devenir le maître, et parfois même le héros, ce qui participe également à une meilleure estime de soi.

L'humour est également très salvateur. Avoir de l'humour ne signifie pas être gai, les deux notions sont à différencier. Selon Freud (Ionescu et al., 1997, cités par Cyrulnik, 2010), « L'humour consiste à présenter une situation traumatisante de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites. ». Cela supposerait donc de voir son histoire sous un autre angle en dédramatisant la situation, d'adopter une nouvelle vision. On retrouve ici l'apport bénéfique de la prise de distance avec le réel et le fait de se dégager de la souffrance en remaniant les images de l'événement traumatique. Le fait de relativiser un événement va être bénéfique pour la résilience et c'est une faculté que nous utilisons au quotidien. La légèreté va permettre de rendre la souffrance plus supportable mais ne va pas changer la blessure. Par ailleurs, cela ne consiste pas à faire une caricature grossière mais d'adopter un simple décalage qui va provoquer un changement inattendu et poétique de représentation. Cyrulnik (2010) dit que « la rébellion de l'humour entrouvre la prison du traumatisme ». Ajoutons que l'humour tend à valoriser celui qui l'exerce.

L'intellectualisation permet de donner du sens au traumatisme, de le penser, de le classer, de le catégoriser et de le délimiter : « On voit mieux le monde en l'ayant ainsi pensé », nous dit Cyrulnik (2002). Cela s'accompagne souvent d'une recherche accrue sur l'agression subie ou sur l'agresseur qui se traduit par des lectures, des rencontres, des engagements, « Ce qui donne force à la résilience, c'est la recherche de sens, bien plus que le sens en lui-même » (2010). La construction de sens va aider la représentation de soi et du monde qui va réveiller la vie psychique. La nécessité presque vitale de donner un sens aux phénomènes qui

nous entourent ou aux expériences vécues se retrouve dans les croyances religieuses ou mythologiques que l'on attribue parfois à des événements inexplicables ou incompréhensibles.

Tous ces mécanismes de la résilience pour métaboliser et communiquer le traumatisme sont bien résumés par Cyrulnik (2002) : « Le moyen le plus efficace et finalement assez rapide de se resocialiser, c'est la métamorphose du traumatisme. Dès l'instant où l'on peut parler du traumatisme, le dessiner, le mettre en scène ou le penser, on maîtrise l'émotion qui nous débordait ou nous glaçait, au moment du choc. ».

3.3. Le nouveau développement interactif

3.3.1. La notion de néodéveloppement

Le concept de la résilience n'est pas à appréhender comme la négation du traumatisme ou son oubli, Cyrulnik (2010) parle de « néodéveloppement » et insiste sur le fait que « la résilience ne se situe pas dans la continuité d'une trajectoire de vie qui dénierait ce qu'il s'est passé. ». C'est donc la reprise du développement en intégrant le traumatisme. Ainsi, l'individu va apprendre à vivre avec ce qu'il a vécu et va s'adapter à une nouvelle forme d'existence. La notion de coping définit cette capacité d'un individu à se réorganiser face aux épreuves. Suite à un traumatisme, nous avons forcément à faire face à des modifications dans nos relations, notre psychisme et notre manière de vivre. Cyrulnik (2001) parle d'une « contrainte à la métamorphose » et insiste sur le fait qu'il « n'y a pas de réversibilité possible après un traumatisme », il faut donc prendre en compte le fait que le traumatisme laisse une trace à la fois cérébrale et affective.

Il faut veiller à ce que l'individu ne réduise pas son existence au traumatisme. La notion de temporalité est importante, il y a en effet un avant et un après le traumatisme, et il n'est pas question d'espérer un retour en arrière car on ne peut nier le fait qu'un événement s'est produit.

La dimension temporelle implique également des étapes, des arrêts ou des reprises. Il est donc question d'un processus dynamique qui peut débuter par une phase de sidération, puis au recours à certains mécanismes de défense, puis à un réinvestissement du monde vivant grâce au soutien de l'entourage et à la

reconnaissance de ce qu'il s'est passé pour s'achever par une intégration à la vie psychique de l'événement. Le processus de résilience est évolutif, cela explique que certains individus puissent réinvestir des mécanismes de défense ou avoir à nouveau des émotions négatives. La résilience n'est jamais définitive.

La personne résiliente va acquérir une sorte de maturation psychique, qui va modifier son rapport au monde et son estime d'elle-même. En effet, le traumatisme sera vu comme une épreuve surmontée, et va permettre à l'individu d'être plus confiant sur les épreuves futures qu'il aura à affronter. Cyrulnik (2010) parle d'« utiliser le souvenir d'une blessure pour en faire une démarche dynamique ». On peut parler de « courage morbide », une sorte de fierté d'avoir résisté qui insuffle une rage de vivre et de surmonter l'adversité. Il y aurait comme un plaisir à triompher de sa souffrance et c'est cette émotion positive qui va faire qu'un individu est résilient, qu'il est capable de bonheur, de vie après une épreuve et qu'il se sent capable d'en surmonter d'autres. Il faut cependant nuancer cette idée de victoire sur la vie car, comme le dit Cyrulnik (2010) : « La résilience n'est pas un récit de réussite, c'est la bagarre d'un enfant poussé vers la mort qui invente une stratégie du retour à la vie. » Il ne faut pas nier la souffrance qu'a pu éprouver la victime, même si elle donne l'impression d'avoir triomphé de son passé, le fracas du traumatisme reste gravé dans sa mémoire et un échec peut réveiller en elle un sentiment de néant et de mort méritée. La résilience n'est pas synonyme de bonheur selon Bettelheim (Sutton, 1995, cité par Cyrulnik, 2002).

3.3.2. L'importance de l'entourage

La résilience ne peut se construire que sur la base des ressources internes, le rôle de l'environnement est primordial pour tisser un maillage solide qui permettra à l'individu de poursuivre son développement. « La résilience n'est pas seulement un attribut du sujet, mais le produit des liens intersubjectifs. » (Delage et al., 2010). Les auteurs insistent sur le fait qu'un individu ne peut être résilient seul, le processus de restauration va dépendre du relationnel et c'est par et avec autrui qu'on émerge du traumatisme.

L'environnement est déterminant dans la résilience: « La résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui » (Delage, 2003). De quelle manière l'entourage influe sur le processus de résilience ?

Le regard de l'autre va déterminer l'image que l'on a de soi. En effet, si les proches renvoient à un individu une image positive, il sera plus facile pour lui d'avoir confiance en lui et de développer ses ressources internes. Cependant, il est important de noter que ce n'est pas nécessairement l'entourage familial et proche du sujet qui entre en jeu. Ainsi, l'individu va être sensible à une remarque, à un compliment, à un comportement de l'autre qui ne le condamne pas à échouer ou qui lui apporte tout simplement de l'affection : « Dans un contexte de souffrance, le moindre signe d'humanité est surinvesti parce qu'il fait naître l'espoir qui permet de supporter les circonstances adverses. » (Cyrulnik, 2010). L'estime de soi n'est pas quelque chose de définitif, il est toujours possible de la remanier, de l'améliorer et cela grâce à l'aide d'autrui.

Le regard de l'entourage sur l'événement est également important, un événement prend sens dans la manière dont il est considéré par notre entourage : « Un événement réel dans le monde extérieur [...] inscrit dans le monde intérieur de l'enfant une trace émotionnelle qui prend sens sous le regard des autres » (Cyrulnik, 2002). Un événement va s'inscrire dans notre mémoire plus ou moins durablement et avec plus ou moins de signification, selon le retentissement qu'il a impliqué dans notre entourage au moment de sa survenue. Cela est particulièrement prégnant chez les enfants qui sont très sensibles à la manière dont leur figure d'attachement va traduire la catastrophe et à l'état des adultes qui les entourent en général, car eux seuls ne sont pas encore capables de donner une signification à ce qu'il leur arrive. Ainsi un événement intense qui ne va pas altérer les proches de l'individu, va provoquer assez peu de dégâts psychologiques, alors qu'un événement moins violent peut entraîner de graves altérations si il détruit l'entourage. Cela nous ramène à la réflexion sur la nature de l'événement que nous avons développée plus haut.

Cette influence de l'entourage n'agit pas uniquement lors du déroulement de l'événement, mais aussi lors de la restitution de celui-ci après coup. La manière dont les autres regardent nos blessures et nous en parlent va influencer le retentissement du traumatisme. Le témoignage qu'un sujet va faire de son histoire va dépendre de la réaction de son entourage, le récit sera orienté selon les effets qu'il produit. Certains milieux ne vont pas laisser de place au récit, parce qu'il y a parfois cette croyance qu'il est nuisible de ressasser le passé, or c'est justement dans la narration que le sujet va s'émanciper du traumatisme. Parfois c'est uniquement parce que la narration met mal à l'aise, l'entourage n'est pas prêt à recevoir ou à admettre les faits et va

empêcher le sujet de s'exprimer. Dans d'autres cas, c'est toute une société qui censure le récit parce que cela implique trop de conséquences ou qu'elle est enferrée dans le négationnisme.

Dans ces cas particuliers, ce qui est arrivé à l'individu n'est pas reconnu. Le sujet ne peut pas partager son récit et cela l'empêche de lui donner un sens et peut le pousser au délire ou à la mythomanie. Il est primordial pour l'entourage de savoir accueillir la narration dans toute sa brutalité et sa réalité, car c'est aussi en laissant transparaître une expression d'horreur ou du dégoût que l'on va faire avorter les tentatives de communication d'un traumatisé : « Le pouvoir tranquilisant de l'effet parole dépend fortement de l'empathie de celui qui écoute. » (Cyrułnik, 2002).

L'aveu a souvent un impact fort sur l'entourage car il peut mettre en cause certaines personnes, entraîner des conflits...c'est pourquoi il est primordial que l'individu soit soutenu de l'extérieur par une aide sociale et psychologique pour ne pas se sentir affaibli par l'aveu. C'est à travers les yeux de l'autre qu'une personne pourra se dire qu'elle a survécu, qu'elle a eu la force de surmonter son malheur et c'est l'entourage qui en fera une sorte de héros mais pour cela les familles et les institutions doivent offrir au blessé un lieu où il peut produire ses représentations du traumatisme.

Il ne faut donc pas voir le concept de la résilience comme quelque chose de naturel qui pourrait se développer selon les ressources internes d'un individu. Cela reviendrait à tomber dans une attitude passive. A la suite d'un traumatisme il est nécessaire de ne pas laisser la victime seule et de lui proposer soutien et solidarité. C'est l'organisation de l'état et des structures d'accueil qui vont permettre à l'entourage d'agir dans cette direction. Nous verrons dans nos études de cas de quelle manière l'entourage et notamment les thérapeutes peuvent agir en faveur d'une résilience. Delage et al. (2010) parlent « du maillage du réseau médico-psychosocial qui peut soutenir les capacités de résilience individuelles. ». La qualité des institutions est indispensable, car c'est là que les sujets blessés auront à développer et à reprendre une existence sociale.

3.4. L'intérêt de cette notion dans la pratique orthophonique

3.4.1. Parallèle entre résilience et rééducation: deux processus de reconstruction

Le phénomène de résilience permet de rebondir, après un traumatisme généré par un choc. Nous partons ici du postulat que certains patients vus en orthophonie ont dû surmonter un traumatisme et que cela peut amener, s'ils sont correctement accompagnés, à une possible résilience. Il peut s'agir d'un adulte ayant subi un accident vasculaire cérébral le rendant aphasique, d'un parent après l'annonce du handicap de son enfant, d'un adolescent handicapé de plus en plus confronté à sa différence etc. Être résilient dans ces cas-là, c'est prendre conscience de ses difficultés pour apprendre à les surmonter ou à vivre avec elles. C'est accepter sa différence dans tout ce qu'elle a d'inconfortable, de détestable, de difficile à vivre au quotidien et continuer son développement malgré ces conditions difficiles. Il s'agit alors de solliciter des ressources internes, qui, avec l'aide de facteurs externes vont se révéler être efficaces.

Le processus de rééducation s'inscrit dans cette mouvance : c'est un travail long, fastidieux, qui occasionne de nombreux efforts mais qui va permettre dans une certaine mesure, une reconstruction. La rééducation aide alors à la résilience : selon Cyrulnik (2001), la résilience est possible, même chez les enfants ayant un développement altéré, pourvu que développement il y ait et que l'entourage puisse s'adapter au trouble de l'enfant en mettant en place des aménagements et des aides à la relation. C'est ce que fait l'orthophoniste, avec par exemple les enfants présentant un trouble envahissant du développement ou avec des adultes aphasiques : mettre en place des codes de communication, donner des outils permettant d'interpréter les relations, les émotions, réhabiliter la communication dans sa fonction pragmatique etc. Améliorer la communication et ses fonctions favorise les interactions et les échanges sociaux. Or nous avons vu que la résilience est le résultat d'un maillage fait de rencontres et d'expériences, sollicitant des ressources personnelles et environnementales. Les capacités de communication ainsi déployées en rééducation et mises à profit dans la vie quotidienne permettront non seulement de favoriser une intégration sociale aidant à la mise en place de tuteurs de résilience mais aussi d'accumuler des connaissances et des expériences, propices à l'épanouissement et à la reconstruction.

Une autre facette de la rééducation consiste à pallier les déficits en se servant des capacités propres à chaque individu. Autrement dit, il s'agit de développer la compétence personnelle en repérant les attitudes, les potentialités et les émergences plutôt que de s'appesantir sur les déficits. De même, c'est en faisant émerger les compétences, en mettant en lumière les capacités, qu'on aide l'entourage à investir le patient et à restaurer une relation optimale.

Enfin, l'intérêt des groupes de rééducation apparaît clairement dans les facteurs de résilience. En effet, le partage des émotions, des interrogations, des situations difficiles liées au handicap, permet de créer des liens en augmentant le sentiment d'être compris par d'autres. D'autre part, ce partage permet également d'aider le patient à mieux réguler ses émotions et d'observer de la distance par rapport à ses propres événements de vie.

Le fait même d'appartenir à un groupe et de cultiver des relations positives avec d'autres personnes renforce le sentiment d'appartenance et d'efficacité personnelle dans la relation et permet la création de liens. De plus, le groupe incite à la comparaison avec autrui : cela permet non seulement de se rassurer mais exerce également un effet positif au niveau l'estime de soi.

En outre, la constitution d'un groupe induit l'établissement de règles, explicitées ou non, qui permettent d'établir un cadre structurant et sécurisant pour chacun des participants. Ce sentiment de sécurité est renforcé par la présence des autres partenaires qui composent le groupe. En effet, l'appartenance à un groupe donne un sentiment de puissance qui favorise la réussite face à des tâches complexes. La dynamique du groupe se développe au fur et à mesure des interactions qui s'y jouent. Apprendre à écouter l'autre et à prendre en compte son avis améliore les capacités de socialisation.

Par les différents effets de socialisation, de revalorisation, de régulation émotionnelle et grâce à ses repères, le groupe constitue donc en lui-même un excellent tuteur de résilience.

3.4.2. Intégration des concepts de résilience dans la relation thérapeutique

3.4.2.1. Un espace privilégié qui permet la réalisation des ressources et compétences

La rééducation orthophonique offre un cadre particulier pour l'établissement d'une relation thérapeutique qui peut être utilisée à bon escient pour favoriser la résilience. Il y a un lien entre l'évolution de la relation thérapeutique, qui donne désormais davantage de pouvoir au patient qui se voit être acteur de sa prise en charge dans une relation horizontale et le processus de résilience qui part également des potentialités internes du sujet et en fait un acteur de son rebondissement. L'espace de la relation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les outils qui lui sont nécessaires pour la résilience et cela grâce à l'aide du thérapeute.

Tout d'abord, la rééducation va s'inscrire dans le temps. C'est une prise en charge qui s'étale souvent sur plusieurs mois et parfois sur plusieurs années. Cela va contribuer à créer une relation durable entre le professionnel et le patient et va instaurer une certaine proximité. En effet, tout en respectant la distance thérapeutique, des habitudes vont être prises, une bonne connaissance du patient va s'instaurer et une certaine intimité va naturellement se développer. Un sujet, lors d'un deuil ou d'un attachement défailant, peut réinvestir un processus d'attachement avec une autre personne et ainsi poursuivre son développement. Par ailleurs, le cadre de la rééducation va favoriser ce processus en offrant au patient des points de repère stables : c'est un rendez-vous fixe, qui a souvent lieu le même jour chaque semaine, à la même heure, au même endroit, avec une même personne qui présentera un tempérament constant.

Ensuite, comme le dit Baron (2010) : « Nous offrons au patient une place qu'il n'a pas ailleurs, un « espace de liberté » qu'il ne connaît peut-être pas en-dehors ». C'est au sein de cette relation privilégiée que le patient pourra se sentir en confiance et développer ses ressources. En effet, au sein d'une rééducation, tout est fait pour potentialiser les aptitudes du patient et le valoriser. Ainsi, l'orthophoniste veillera à ne pas choisir des exercices difficiles pour le patient ou à faire attention, si c'est un enfant, de ne pas le laisser toujours perdre lors d'un jeu. L'idée étant de ne pas mettre son patient en échec, de favoriser l'estime de soi, facteur essentiel pour la résilience. La dynamique d'une rééducation est toujours positive et met en valeur les

compétences du patient : soit elle vise à réinvestir une fonction perdue et dans ce cas si elle aboutit, le patient peut se considérer comme vainqueur, soit elle consiste à pallier un déficit en s'appuyant sur d'autres potentialités du patient (par exemple apprendre à un enfant dysphasique à utiliser ses capacités visuelles pour contourner ses problèmes phonologiques) et dans ce cas cela va permettre de révéler au patient des ressources qu'il ignorait jusque là.

Le patient peut venir pour rééduquer une pathologie qui va être la source de son traumatisme. Dans ce cas, en collaboration avec l'orthophoniste, il va travailler sur son symptôme, verbaliser ses craintes, prendre de la distance et essayer de rétablir la cause de sa souffrance. Tout cela reprend les principes de la résilience. Prenons le cas du bégaiement, la rééducation orthophonique est l'endroit où le patient peut exprimer ce qu'il ressent, ses émotions lors du bégaiement ou sa souffrance face au regard des autres et c'est, entre autre, grâce à cela qu'il va finalement trouver en lui les outils pour contrôler son bégaiement. Le patient, acteur de sa prise en charge, va réussir à trouver en lui ses ressources et compétences. Le succès d'une rééducation orthophonique dépend majoritairement du patient : il n'y a pas de médicaments ou d'intervention médicale. C'est la prise en charge dans sa globalité (l'assiduité aux séances, le sérieux dans l'application des conseils, la pratique d'exercices etc) qui permettra au patient de trouver en lui-même les moyens de surmonter son déficit. Par ailleurs, si le patient vient pour une cause qui n'a pas de lien avec son traumatisme ou qui en est une conséquence, le temps de la rééducation peut être le moyen d'être dans une relation humaine, de se réfugier dans un endroit où il est valorisé et écouté et où il se concentre sur autre chose.

3.4.2.2. La rééducation : lieu d'expression et de création

La narration apparaît comme un des moyens les plus efficaces pour permettre à un sujet d'amorcer sa résilience. Or, l'orthophoniste est avant tout un thérapeute du langage, le but de nombreuses rééducations étant de rétablir la communication que ce soit à travers le langage oral ou le langage écrit. Une rééducation donne les moyens au sujet de s'exprimer. Lors des séances, soit le sujet travaille directement sur son langage déficitaire, soit la rééducation se fait sur un autre trouble mais la communication sera l'outil privilégié. Dans tous les cas, l'orthophoniste amène son patient à verbaliser, à échanger et cela ne peut que l'aider à évoluer vers un processus de mentalisation et de maîtrise de ses émotions.

Un trouble du langage peut être le symptôme d'un malaise plus général. Tout en travaillant sa spécificité, l'orthophoniste donne les moyens au patient de récupérer cette fonction essentielle qui lui permettra par la suite de se libérer de ses émotions et de se réintégrer au monde de la communication. L'orthophoniste participe donc à un processus de guérison plus général que la simple réhabilitation du langage.

La communication se ne fera pas forcément par la parole, en séance tous les moyens pour amener la patient à entrer dans l'échange sont investis. Les nombreux moyens d'expression comme les jeux, les dessins, le théâtre, les mises en situation, la lecture, l'écriture, le chant stimuleront une certaine créativité. Cela participe à l'aspect ludique de la prise en charge mais amène surtout le sujet à s'approprier différents modes de communication et stimule indirectement son imagination. Tout support donne lieu à une verbalisation, à un échange et parfois c'est par ces moyens détournés qu'un patient apprendra à mettre des mots sur ses émotions ou à mieux maîtriser son langage.

L'orthophoniste travaille également beaucoup sur l'organisation de la pensée dans le but d'établir un langage compréhensible et efficace. Tous les exercices de pragmatique apprendront au patient à organiser son discours et à l'orienter en fonction de son interlocuteur, c'est aussi ce qui permet au patient de décoder chez l'autre les signaux implicites de communication souvent traduits dans l'attitude. Cela rejoint le travail sur les inférences qui sont présentes dans de nombreux discours et se rapportent à l'implicite.

Une rééducation orthophonique ne se limite donc pas aux aspects superficiels du langage, elle prend en compte tous les aspects de la parole, investit tous les moyens de communication et accueille le patient dans sa globalité. Le travail en orthophonie s'intègre dans une prise en charge globale et peut légitimement participer à un processus de résilience. Il serait dangereux de cantonner l'orthophoniste à l'aspect technique du langage en niant tout aspect relationnel et en occultant les enjeux d'une prise en charge thérapeutique. Au contraire le professionnel doit se servir de ce qui se joue en rééducation, de son rapport privilégié avec le patient et de ses connaissances pour favoriser un processus global de résilience.

3.5. Qu'est ce qu'un tuteur de résilience

Le processus de résilience s'applique à toute personne ayant vécu une situation de vie négative. Ce chapitre aborde la notion d'attachement comme facteur primaire de résilience, c'est pourquoi nous nous intéressons plus particulièrement aux enfants.

3.5.1. Tuteurs de développement et tuteurs de résilience

Lorsqu'on parle de tuteurs de développement, on pense naturellement et tout d'abord aux parents de l'enfant qui érigent autour du petit un univers affectif et relationnel sur lequel il s'appuie pour se développer. Les informations sensorielles et la stabilité sensorielle ainsi apportées à l'enfant dès les premiers jours de sa vie constituent la base d'un style relationnel qui sera l'ébauche d'une éventuelle future résilience sur laquelle il s'appuiera en cas de problème personnel.

La base de sécurité sur laquelle le tempérament de l'enfant se construit repose sur un triangle mère-père-bébé. C'est dans ce triangle que le nouveau-né reçoit les premières empreintes de l'environnement et apprendra qui il est, l'influence qu'il peut avoir, et cela grâce aux premières actions qu'il y réalise. C'est toujours dans ce même triangle que les mondes intimes des tuteurs de développement faits de leurs fantasmes, rêves ou cauchemars dessineront les contours du monde sensoriel aménagé autour de l'enfant. Il s'agit d'une dynamique interactive où, à chaque moment, les partenaires s'influencent mutuellement et se modifient au cours de leurs échanges. L'enfant sera ainsi façonné par les constantes pressions gestuelles et verbales engendrées par ses comportements mis en lien avec les récits des parents, les relations qu'ils font eux-mêmes avec leur histoire personnelle, et la signification que cela prendra pour eux.

Privé d'étayage affectif, le bébé cesse de se développer. Il possède un élan naturel vers l'autre, mais c'est la réponse de l'autre, en étant adaptée, porteuse de sens et de sécurité qui lui apportera un tuteur de développement. Quand ce tuteur est stable, le tempérament qui émerge de l'enfant est garant d'un style relationnel qui laisse une trace mnésique chez le nourrisson. Il s'agit du modèle opératoire interne (MOI). Dès que l'organisme devient capable de refaire émerger en mémoire des informations passées, le nourrisson imprime les traits saillants de son milieu, il les

apprend et les assimile. La sensorialité maternelle (c'est à dire les réponses comportementales adressées à l'enfant) intègre donc chez lui une forme préférentielle extraite de son milieu qui lui donne le sentiment de soi. Ainsi, lorsqu'un événement nouveau a lieu, le nouveau-né s'y adapte en répondant avec le style comportemental acquis précédemment.

Le tuteur de développement amène donc l'enfant à avoir un modèle opératoire interne stable et efficace. Cela lui permettra de s'inscrire dans un style comportemental tel qu'il sera capable, en cas de traumatisme, de puiser en lui les ressources internes et d'utiliser les ressources externes mises à sa disposition, comme les tuteurs de résilience.

3.5.2. L'attachement comme déterminant du tuteur de résilience

Pour que l'enfant, en cas d'épreuve majeure, puisse se tourner vers un substitut efficace appelé ici « tuteur de résilience » qui l'aidera à traverser cette épreuve et à reprendre un développement harmonieux, l'acquisition de ressources internes est nécessaire. Ces ressources permettront de façonner le tempérament de l'enfant pour l'amener à se tourner vers des individus aptes à le soutenir et à créer des relations équilibrées.

Le tempérament est façonné dès les premiers mois de vie par les interactions précoces prè-verbales et l'attachement qui en résulte. Ce façonnement va alors imprégner une manière d'être, une façon de se conduire, de se comporter, d'établir des relations qui permettront de mettre en place des tuteurs de résilience plus ou moins solides. Ainsi, selon Ainsworth (1967, citée par Cyrulnik, 2001) « la figure d'attachement agit comme une base de sécurité pour l'exploration du monde physique et social pour l'enfant ». Cette phrase signifie qu'un enfant ayant reçu une base d'attachement sécuritaire a suffisamment confiance en sa figure d'attachement et en son pouvoir de base de sécurité pour avoir la force de s'éloigner, d'explorer son environnement et plus tard de créer son individuation et d'être autonome. En cas de rupture avec cette figure d'attachement, d'accident de la vie, le lien qui a imprégné l'enfant et la trace qu'il porte en lui sont suffisamment solides pour lui permettre alors de se tourner vers des substituts efficaces.

Le bébé naît avec un besoin primaire inné et vital de contact social et d'échanges interpersonnels. Il recherchera auprès de sa figure d'attachement une base de sécurité notamment dans l'adéquation des réponses données lors de nombreuses situations de détresse ou d'inconnu (la faim, le froid, la peur etc) mais

aussi lors des interactions. Ainsi, des interactions harmonieuses dépendent de l'adaptation des deux partenaires l'un à l'autre.

On distingue ainsi quatre types de relation d'attachement : sécurisant, évitant, ambivalent et désorganisé (Ainsworth, 1996 citée par Cyrulnik, 2001).

L'attachement sécurisé (65%) décrit un enfant qui, suffisamment en confiance et sécurisé par sa figure d'attachement peut s'en éloigner et explorer son environnement pour mieux revenir vers elle et lui faire partager ses découvertes. Au cours d'une séparation (crèche, absence temporaire etc), un enfant ayant un attachement sécurisé trouve le moyen d'apaiser son angoisse et peut se tourner vers d'autres individus pour se sécuriser. De 12 à 18 mois, la manière de s'attacher qu'a un enfant constitue un indicateur de son comportement lors de relations futures. Cette base permet, en cas d'épreuve, de faciliter le tissage des liens et d'entretenir des relations harmonieuses avec d'éventuels tuteurs de résilience. En effet, l'enfant imprégné par un attachement sécurisé possède un meilleur pronostic de résilience puisqu'en cas de malheur, son comportement de charme, son tempérament agréable à aimer, attendrit les adultes qui peuvent à leur tour lui fournir une nouvelle base de sécurité. Cet attachement sécurisé facilite donc les attachements ultérieurs en offrant à l'enfant un tempérament facile et «aimable». Les tuteurs de résilience, attirés par ces enfants, renforceront cette stabilité et les rendront encore plus forts.

L'attachement évitant (20 %) ne considère pas sa figure d'attachement comme une base de sécurité. Il ne résiste pas à la relation affective mais ne prend pas lui-même l'initiative de rentrer en contact. Lorsque sa figure d'attachement s'absente, l'enfant est très difficile à consoler et ne parvient pas à apaiser son angoisse en explorant ou en se tournant vers une autre personne présente. Et quand elle revient, il ne se retourne pas vers elle pour se sécuriser. Cet enfant n'a pas acquis les ressources internes lui permettant de se tourner vers d'autres substituts affectifs en cas de disparition de sa figure d'attachement. Une relation ultérieure avec un tuteur de résilience sera plus difficile à mettre en place car cet enfant voudra tenir à distance l'adulte voulant s'occuper de lui et ne lui apportera pas de feedback positifs gratifiant leur relation.

L'attachement ambivalent (15%) caractérise un enfant qui, même lorsque sa figure d'attachement est présente, n'explore pas ou peu son environnement. Lors de l'absence momentanée de la figure d'attachement, l'enfant est inconsolable et le reste longtemps après qu'elle est revenue. L'enfant peut rechercher ou éviter le

contact avec sa figure d'attachement, il manifeste donc un comportement ambigu et contradictoire selon les situations. Le cercle vertueux observé dans le cas d'enfants avec un attachement sécurisant peut se révéler vicieux lorsqu'il ne l'est pas : la base sur laquelle les relations se sont tissées ne sont pas solides et le comportement de l'enfant qui en résulte ne les rend pas facile à aimer. Dans le cas d'un attachement ambivalent, l'ambiguïté de l'attitude de l'enfant amènera l'adulte à s'en détacher. L'enfant aura du mal à trouver une base solide offerte par un tuteur de résilience sur laquelle s'édifier.

L'attachement désorganisé (5%) est révélé par une désorganisation totale de l'enfant. Aucune stratégie comportementale permettant de le rassurer ni de le sécuriser n'est mise en place. Le style relationnel instauré exclut la quête d'affection ou la lutte contre le désespoir. La figure d'attachement ne fait jamais office de base de sécurité, ni en étant présente ni en étant absente. L'enfant ne peut se sécuriser tout seul, ni avec sa figure d'attachement, ni avec d'autres individus, d'autres objets ou encore son propre corps. Ces enfants désorientent à leur tour les adultes par leur attitude imprévisible. Face à eux, les difficultés relationnelles seront d'autant plus importantes que l'adulte est découragé par leur étrangeté. Leur comportement ne permettra pas un retissage affectif harmonieux ni la possibilité de trouver des tuteurs de résilience.

3.5.3. «Caractéristiques» du tuteur de résilience et présence au sein de la société

Selon Delage (2010), « fondamentalement, la résilience est un concept intersubjectif. La résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui ». La présence d'un tuteur de résilience est donc indispensable afin d'impacter sur ce phénomène de résilience : c'est dans la relation qu'une reprise résiliente peut exister. Une personne psychologiquement blessée, victime d'un traumatisme doit pouvoir s'appuyer sur une figure rassurante pour elle, sur une rencontre capable de lui prêter attention. C'est grâce à ce facteur externe que des ressources internes comme des mécanismes défensifs peuvent alors se développer. Ce lien intersubjectif sera structurant pour le développement psychoaffectif de l'enfant et cette sécurisation affective impulsera la résilience.

Selon Lighezzolo et al. (2003) le tuteur de résilience joue le rôle de modèle, de personne à laquelle l'enfant peut s'identifier pour mieux s'épanouir. Le tuteur doit

pouvoir posséder une capacité à « transmettre » quelque chose sans se présenter toutefois dans la toute puissance de son savoir. En effet, l'erreur doit être permise et effectuée en confiance pour favoriser le processus d'autonomisation. Enfin, il semble important que le tuteur soit disponible, étayant et non rigide.

Autrement dit, les tuteurs de résilience sont, selon Lecomte (2005, cité par Consoli et al. en 2008), « des personnages manifestant empathie et affection, s'intéressant prioritairement aux cotés positifs de l'individu, laissant à l'autre la liberté de parler ou de se taire, ne se décourageant pas face aux échecs apparents, respectant le parcours de résilience d'autrui et facilitant l'estime de soi d'autrui ». Il s'agit donc de toute personne redonnant confiance aux capacités de l'enfant, à ses potentiels et à sa valeur et s'inscrivant dans une relation de sécurisation affective.

Les tuteurs de résilience peuvent être intra-familiaux ou non, scolaires, thérapeutiques. Souvent les tuteurs de résilience ignorent qu'ils occupent cette place et Lecomte (2005, cité par Consoli et al. en 2008) insiste sur l'aspect inconscient que revêt ce choix : « Il y a dans l'émergence du processus de résilience une alchimie étrange au cours de laquelle un enfant en souffrance élit un adulte pour être son tuteur de résilience. Souvent, ni l'un ni l'autre ne sont véritablement conscients de ce qui est en train de se jouer, alors que cela peut être fondamental dans l'existence de cet enfant ». En revanche, certains, et surtout dans le cas de soignants, peuvent délibérément orienter leurs attitudes et leurs actions pour aider la personne qu'ils prennent en charge à s'orienter vers un processus résilient.

Déjà, parce que tout au long de la vie d'un enfant, les tuteurs de résilience changent de nature. En effet, l'enfant est sensible à différentes informations selon son âge : chez le bébé, il s'agira d'un environnement riche en apports sensoriels, plus tard il lui faudra des événements ritualisés et avec l'apparition de la parole, les tuteurs de résilience deviendront extra-familiaux, en apportant des informations verbales, sociales et culturelles. L'enfant est alors capable, si on lui en donne les moyens, d'aller chercher lui même les informations pourvues de sens nécessaires à son développement. Il sort de son univers sensoriel pour ouvrir sa conscience vers des informations de plus en plus éloignées de sa base de sécurité et de plus en plus stimulantes et favoriser son épanouissement. La présence d'institutions rendant capable ce genre d'épanouissement et apportant à ces enfants fragiles les repères sociaux et culturels dont ils ont besoin comme les associations de quartier, les clubs

de sport, d'art etc favorisent la rencontre avec des tuteurs de résilience «sociaux» capables de les aider à surmonter leurs difficultés.

Un environnement constitué de plusieurs attachements favorise la résilience. En effet, si l'une des figures d'attachement disparaît, une autre pourra prendre le relais à condition qu'elle soit stimulante et sécurisante. Ainsi, la résilience pourra se faire si suffisamment de tuteurs se sont mis en place pour étayer l'enfant dans son développement. Après deux ans et avec l'apparition de la parole, les tuteurs de résilience se trouvent en plus grand nombre dans les structures capables d'ouvrir l'esprit de l'enfant. Plus l'enfant est confronté à ces tuteurs sociaux et culturels, plus il y aura de chances que les lieux d'affection, d'activités et de parole que la société a disposé autour de l'enfant blessé lui permettent de reprendre un développement post-traumatique. Ces tuteurs de résilience inscrits dans la société permettent à l'enfant de maîtriser sa représentation du traumatisme et ainsi de donner forme à son épreuve de manière ludique, artistique, théâtrale, sportive etc.

L'enfant en peine ne va pas forcément être capable de se tourner vers les autres. C'est donc souvent aux adultes de fournir des tuteurs de résilience et de l'inviter à la relation. Ces enfants ne sont pas initiateurs de ces rencontres mais si on les sollicite, ils sont prêts à accepter les invitations qu'on leur tend. Ainsi, à la crèche, à l'école ou à la garderie, on peut trouver des tuteurs de résilience aptes à soutenir l'enfant et à l'aider à reprendre un développement psychique harmonieux.

3.5.4. L'orthophoniste, un tuteur de résilience ?

L'orthophoniste, porteur d'un savoir-être et d'un savoir faire professionnel peut se placer en tant que tuteur de résilience. En effet, dans une approche globale cohérente, l'orthophoniste prend en compte deux axes essentiels et étroitement imbriqués: le travail auprès de l'enfant et l'accompagnement parental. Ces deux axes se rejoignent afin de favoriser les interactions entre l'enfant et son environnement proche. La résilience dans les familles d'enfants déficients permet, dans une certaine mesure, qu'un développement psychique, cognitif et social intéressant soit possible pour l'enfant et que chacun s'engage dans un processus de croissance.

L'accompagnement parental passe notamment par la réhabilitation d'une relation satisfaisante et donc de capacités d'attachement sécurisé. Or, lorsque les difficultés atteignent l'un ou l'autre des protagonistes du couple mère/enfant, on peut supposer que les troubles relationnels qui y résulteront entraveront la mise en place d'un attachement sécurisé. Par exemple, lorsqu'un enfant est porteur d'un handicap

moteur, les réponses comportementales et posturales émises par l'enfant déstabilisent la mère qui à son tour ne parvient pas à sécuriser son enfant, ou encore lorsque la mère est dépressive, le milieu dans lequel évolue l'enfant n'est pas stimulant et cette fois ce sont les réponses de la mère qui ne permettent pas de fournir à l'enfant une base de sécurité. La triangulation permet de faciliter les interactions en permettant à l'enfant d'agir par l'intermédiaire du tiers sur sa figure d'attachement.

La démarche d'accompagnement parental passe également par l'écoute de la détresse, de l'anxiété des parents, du quotidien difficile lié au déficit de l'enfant et les capacités d'empathie mises alors en jeu permettront l'accueil et l'expression des souffrances. Cet accompagnement a également pour but d'aider l'enfant à développer ses potentialités et les parents à les percevoir. Aider les parents à découvrir leur enfant et à bâtir un projet pour lui, avec lui dans le respect de sa différence participe au processus de résilience des parents . En effet, il s'agit de restaurer la parentalité c'est-à-dire de montrer aux parents qu'ils sont compétents dans ce qu'ils font et que leur enfant possède des compétences et des potentialités pouvant être mises en valeur. En effet, l'enfant déficient a besoin de construire un attachement sécurisé auprès de parents eux-mêmes soutenant, confiants et résilients. Faciliter les interactions afin d'activer le processus de résilience des parents joue dans les capacités de résilience de l'enfant. On obtient alors un « couplage résilient » (Cyruinik et al., 2010) où les capacités résilientes des parents sont couplées à celles de l'enfant.

Le rôle de l'orthophoniste en tant que tuteur de résilience est vaste et peut s'appliquer à de nombreuses situations, tant auprès d'enfants que d'adultes. En effet, les situations de vie négative en rapport avec des troubles de la communication (aphasie, maladies neuro-dégénératives etc) peuvent survenir à tout âge et concernent également l'orthophoniste.

3.6. Les outils de mesure de la résilience

Avant de démarrer toute observation et toute action avec les patients, il nous semblait primordial de définir ce qui constitue et qualifie une personnalité résiliente.

En effet, le concept de résilience peut paraître abstrait car il s'inscrit dans un processus et fait partie du développement de l'individu. C'est pourquoi, nous avons

souhaité étayer nos observations avec des échelles de mesure de la résilience, qui ont été étalonnées pour des adolescents.

Les différents items dégagés de ces outils nous ont aidées à orienter nos observations et à dégager « le squelette » d'une personnalité résiliente .

Békaert et al. (2011) mettent en évidence cinq outils de mesure :

- Resilience scale for adolescents (READ) qui vient de Norvège.
- Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC) qui vient des Etats-Unis
- Adolescent Résilient scale (ARS) qui vient du Japon
- Resilience scale (RS) de Wagnild and Young
- Resiliency scale

Lorsque ces outils sont traduits en français, ils n'ont pas fait l'objet de publication ou n'ont pas été validés. Ce que nous retenons des différents items de mesure, c'est l'importance des compétences personnelles, telles que : l'optimisme, la confiance en soi et en l'avenir, la détermination, l'auto efficacité, l'indépendance et la tempérance des émotions. Seule la READ prend aussi en compte l'environnement de l'individu en mettant en avant l'importance de l'adaptation sociale, d'une bonne cohésion familiale et d'un environnement stable.

Tous ces instruments sont fondés sur l'autoévaluation et sont destinés aux adolescents. Il s'appuient sur le modèle de Mrazek et Mrazek (1987, cités par Békaert et al., 2011) qui relève de la théorie de l'évaluation cognitive de la résilience. Ce modèle a mis en évidence 12 caractéristiques chez les résilients qui nous ont également permis d'aiguiller nos observations :

- Une mise en condition rapide à l'égard du danger : savoir reconnaître et s'adapter aux exigences du milieu afin de se protéger.
- Une maturité précoce
- Une dissociation des émotions : savoir se distancer des émotions trop intenses
- Une recherche d'informations
- Une facilité à créer du lien avec d'autres personnes et s'en servir pour supporter les moments de crise
- Une anticipation projective positive : savoir se projeter de manière positive dans le futur

- Une prise de risque : savoir assumer sa part de responsabilité dans des décisions cruciales qui sont prises, même si ces décisions comportent des risques personnels importants.
- La conviction d'être aimé
- L'idéalisation de la compétence de l'agresseur : savoir reconnaître les compétences de l'agresseur et identifier ses traits
- La restructuration cognitive des événements douloureux
- L'altruisme
- L'optimisme et la capacité à espérer

Ces caractéristiques ont été dégagées à partir de treize histoires de vie d'individus ayant subi une maltraitance ou une négligence majeure.

Parmi les cinq instruments de mesure, trois d'entre eux (READ, ARS et la Resilience Scale), ont été spécialement élaborés pour les adolescents, les autres s'adressant autant aux adultes qu'aux adolescents. Tous ces instruments ont été conçus en s'appuyant sur les nombreuses études issues de la littérature traitant de la résilience et des facteurs de protection, sauf les deux échelles : la Resilience Scale qui a pour ancrage théorique le modèle de Mrazek et Mrazek et le CD-RISC, qui s'appuie sur les travaux portant sur le stress, le coping et l'adaptation.

4. Problématique, objectifs et hypothèses

4.1. Problématique

Lorsqu'on aborde la notion de résilience en orthophonie, c'est la relation entre l'orthophoniste et son patient qui prime sur les aspects formels ou fonctionnels de toute rééducation. Cette relation s'instaure, avec plus ou moins de réussite, quels que soient le trouble du langage et les problèmes psychologiques auxquels le patient est confronté. L'orthophoniste ajuste donc ses techniques de rééducation en tenant compte de la dimension psychologique inhérente au trouble. L'instauration d'une relation thérapeutique harmonieuse est donc indispensable à une rééducation réussie. Il s'agit ici de prendre en compte les divers éléments relatifs à la rééducation et de les mettre en lien afin d'expliquer comment l'orthophoniste peut devenir un tuteur de résilience.

4.2. Objectifs

La problématique énoncée ci-dessus détermine nos objectifs de travail. A travers les différents cas cliniques que nous allons exposer, nous souhaitons mettre en avant l'apport de la rééducation orthophonique dans le processus de résilience. Il s'agit donc de mettre en rapport ce que nous savons de la résilience et de ses manifestations observables avec le rôle de l'orthophoniste. On montrera ainsi que la mobilisation des ressources personnelles du patient alliée à un étayage donnant lieu à l'amélioration des capacités communicationnelles permettent d'habiliter le patient dans un processus de résilience. A cette fin, nous nous sommes intéressées à deux des axes du travail de l'orthophoniste: la rééducation proprement dite de l'enfant et l'accompagnement parental.

4.3. Hypothèses

Notre démarche de travail est sous-tendue par les hypothèses suivantes:

1- L'attachement étant un des prémices à la construction d'un processus de résilience, la rééducation de l'orthophoniste, en intervenant pour faciliter les interactions parents/enfant est un des facteurs permettant que ce préalable qu'est l'attachement soit mis en place.

2- L'orthophoniste participe à la mise en place d'éléments favorisant la résilience par le développement de ressources personnelles chez son patient, comme l'estime de soi et l'autonomie, afin de contribuer à la création de lien et à l'adaptation sociale.

3- La rééducation orthophonique étant axée sur le langage, l'orthophoniste permet à l'enfant d'avoir une communication la plus optimale possible et par ce biais favorise le lien avec d'autres personnes, ce qui lui permet de trouver des tuteurs de résilience.

4- A travers les différentes activités proposées à l'enfant en séance, basées sur les versants formels ou fonctionnels, l'orthophoniste est amené à établir une relation thérapeutique fondée sur l'empathie et la confiance réciproque. Cette relation amène l'enfant à s'étayer sur l'orthophoniste devenu tuteur de résilience.

Tout au long de notre étude, nous tenterons d'évaluer dans quelle mesure ces hypothèses se vérifient ou non.

Sujets, matériel et méthode

1. Présentation de notre démarche

Nous avons choisi l'observation de cas cliniques au cours de nos stages sur des périodes relativement longues. Ce choix s'est imposé et se justifie à différents niveaux. En effet, la littérature insiste sur le fait que la résilience est un processus dynamique qui se construit tout au long de la vie. Il nous a donc semblé important de suivre l'évolution d'enfants pendant un an afin de rendre compte de l'étayage apporté dans ce processus par l'orthophoniste. La littérature souligne également l'importance d'un attachement dit « sécure » permettant de mettre en place une base propice à un phénomène de résilience. C'est pourquoi nous avons également mis en évidence le travail de l'orthophoniste à travers des groupes d'enfants présents avec leur mère.

Le fait d'effectuer des cas cliniques nous permet également de témoigner de la singularité de chaque situation : la résilience dépend de nombreux facteurs personnels et environnementaux et ce choix méthodologique nous a permis de mettre en exergue l'apport de l'orthophoniste tout en tenant compte du contexte de chaque rencontre. Il ne s'agit pas ici d'exposer une démarche clinique en terme de normes ou de comparaison mais de rendre compte d'une relation thérapeutique particulière qui aide au processus de résilience.

Tout d'abord, nous nous sommes intéressées à trois enfants : un en séance individuel et les deux autres réunis au sein d'un groupe. Nous les avons observé et nous avons interagi avec eux pendant notre année de stage. Le choix de ces enfants s'est fait selon leur anamnèse. Deux d'entre eux (Salim et Julien) subissent un traumatisme chronique et le troisième (Arthur) présentait des troubles graves de la communication à son arrivée chez l'orthophoniste. Le cas de Salim permet de présenter les différents supports et le cadre mis en place par l'orthophoniste afin de faciliter la construction d'un processus de résilience. Dans le cas de Julien et d'Arthur, en plus de nos observations, nous leur avons fait passer la «Resilience Scale» (Wagnild et Young, 1987), qui est une échelle permettant de mesurer la résilience. Il nous a semblé en effet important de pouvoir confronter nos observations subjectives avec un outil objectif.

Nous avons également effectué des séances dans le cadre d'un accompagnement parental, nous sommes intervenues au sein de deux groupes réunissant mères et enfants. Il s'agissait :

- d'un groupe constitué de 3 enfants avec leur maman, une orthophoniste, une stagiaire orthophoniste et deux psychologues.
- d'une consultation individuelle constituée d'un enfant et de sa maman, d'une psychomotricienne et d'une stagiaire orthophoniste.

2. La Resilience scale

La Resilience Scale (RS) de Wagnild et Young (cf annexes 1 et 2) a été élaborée à partir d'une étude qualitative portant sur 24 femmes montrant une adaptation satisfaisante après avoir vécu un événement de vie majeur négatif.

L'objectif de cette échelle est de définir le degré de résilience individuelle. Selon les auteurs, la résilience serait une caractéristique positive de la personnalité qui permet d'améliorer l'adaptation d'un individu. Cet outil a d'abord été utilisé sur des adultes, puis sur des adolescents.

A partir de ces récits, cinq composantes ont été identifiées comme étant constitutives de la résilience :

L'équanimité : c'est avoir une perspective équilibrée de sa propre vie et de ses expériences. C'est la capacité à considérer une plus large gamme d'expériences, de relativiser, de prendre les choses comme elles viennent et donc de modérer les réponses extrêmes face à l'adversité.

La persévérance : en dépit des obstacles ou du découragement, c'est la volonté de continuer le combat pour se reconstruire, se sentir impliqué et savoir faire preuve d'auto-discipline.

La confiance en soi : c'est la croyance en soi et en ses capacités. C'est savoir dépendre de soi-même et savoir reconnaître ses forces et ses limites.

La richesse intérieure : c'est se rendre compte que la vie a un but et estimer sa propre contribution. C'est l'idée d'avoir une place dans l'existence.

La solitude existentielle : c'est se rendre compte que le parcours de vie de chacun est unique et que bien que parfois des expériences soient partagées, il y en a

certaines que nous devons affronter seul. Cela procure un sentiment de liberté et d'unicité.

Les 25 items sont répartis sur deux échelles : L'échelle des compétences personnelles qui comprend 17 items et mesure la confiance en soi, l'indépendance, la détermination, l'invincibilité, la maîtrise, les ressources et la persévérance.

L'échelle d'acceptation de soi et de la vie comprend 8 items qui représentent l'adaptabilité, l'équilibre, la flexibilité et une perspective équilibrée de la vie.

Résultats

1. Présentation d'études de cas cliniques

Notre but est de mettre en évidence certains processus de résilience qui se construisent au sein d'une rééducation orthophonique ou de groupes thérapeutiques. L'objectif est de pouvoir les réinvestir pour apporter aux patients le soutien social et humain dont ils ont besoin tout en menant à bien nos objectifs de rééducation. Les « traumatismes » des sujets que nous suivons se traduisent par des situations familiales difficiles, des deuils ou des handicaps. Nous avons choisi d'observer la résilience au sein d'une relation thérapeutique orthophonique à la fois en séance individuelle (avec Salim), mais aussi au sein de groupes thérapeutiques. Les groupes ne sont pas composés de la même manière:

- l'un est composé de deux enfants (Julien et Arthur), d'une orthophoniste et d'une stagiaire (qui est l'une d'entre nous)

- l'autre d'une maman avec son bébé (Marc et sa mère), d'une psychomotricienne et d'une stagiaire orthophoniste (qui est l'une d'entre nous)

- le dernier est un groupe qui réunit trois mères avec leurs enfants (Yann, Cyril et Elliott), accompagnées de deux psychologues, d'une stagiaire psychologue ainsi que d'une orthophoniste et sa stagiaire (qui est l'une d'entre nous).

Ces différentes situations nous ont permis d'observer comment les signes de résilience se manifestent chez un individu, mais aussi au sein d'un groupe et dans les relations maman/bébé. Nous avons orienté nos interventions et nos observations en fonction des éléments que nous avons mis en avant dans notre partie théorique.

1.1. Salim, patient du CMP

1.1.1. Introduction

Notre patient (que nous appellerons Salim) est un petit garçon de 7 ans, il est né le 5 mai 2004 et il est le cadet d'une fratrie de cinq enfants. Les trois aînés, Bintou 18 ans, Fara 16 ans et Junior 15 ans sont issus d'un premier mariage de la mère de Salim. Amed son frère de 11 ans a le même père que lui. Par ailleurs, le père de Salim a lui aussi un enfant d'un premier mariage, Mamadou qui a 15 ans mais qui est resté en Afrique et que Salim n'a jamais connu.

La mère de Salim a fui la Côte d'Ivoire en 1999 pour des raisons politiques, ses trois premiers enfants ne l'ont rejointe en France qu'en 2003. Elle fut obligée durant sa première semaine en France de vivre dans un « squat », elle rapporte qu'elle a bénéficié de beaucoup de soutien durant cette période qui s'est révélée être une épreuve pour elle. Elle est maintenant femme de chambre dans un hôtel et son mari fait le ménage dans une école.

Salim est né en France, il est scolarisé en CE1. Il est suivi dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) depuis 2 ans et bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire : orthophonique, psychiatrique et psychomotricienne.

Nos observations se basent donc sur les séances d'orthophonie qui se sont déroulées au CMP de septembre 2011 à fin février 2012 tous les lundis après-midi de 16h à 16h45.

1.1.2. Anamnèse

La maman de Salim est une femme autoritaire, qui peut se montrer violente envers ses enfants. Elle justifie ses actes par sa culture:

« En Afrique c'est comme ça qu'on éduque les enfants. ».

Elle avoue être souvent démunie face au comportement de son fils :

« Je l'ai privé de centre aéré, de foot, qu'est-ce que je peux faire de plus ? ».

Elle considère que le fait de taper Salim lui fait prendre conscience de ses actes et que c'est la seule solution pour qu'il ne répète pas ses erreurs. Le père est, quant à lui, très effacé et « lisse », il répond toujours « ça va » lors des entretiens. C'est un homme doux en apparence et qui ne semble pas en accord avec les pratiques de sa femme, cependant il ne s'y oppose jamais. On comprend lors d'une séance avec les

deux parents qu'il y a des tensions autour de l'éducation des enfants, la mère de Salim clôt le débat ainsi:

« *Si il n'est pas d'accord (en parlant de son mari), on se sépare* ».

Les parents travaillent beaucoup, ils veulent que leurs enfants s'autonomisent. Salim est souvent laissé seul à la maison et ce sont ses grands frères et sœurs qui s'occupent beaucoup de lui. Le frère aîné n'est pas souvent présent et a eu à plusieurs reprises des démêlés avec la justice à cause de vols et d'agressions.

Les limites dans cette famille sont floues, les enfants sont souvent livrés à eux-mêmes. Les punitions portent sur le fait de supprimer les activités et peuvent aller jusqu'à la violence physique. Salim va donc être en permanence en train de chercher les limites face à l'autorité. Il est souvent puni à l'école parce qu'il se bagarre et dit qu'il est obligé de se battre sinon il « *passé pour un peureux et n'a pas d'amis* ». Il a un comportement parfois opposant et peut se montrer agressif envers les thérapeutes ou les instituteurs. Salim est très provocateur, en séance il dit souvent beaucoup de gros mots, éructe, touche à tout et est constamment dans le refus lorsqu'on lui propose une activité ou un exercice. Par ailleurs, il peut se montrer très susceptible, il pense souvent que l'on se moque de lui et se vexe très facilement.

Salim est adressé en orthophonie pour un retard de langage, sa mère dit :

« *qu'il a des difficultés pour parler, depuis toujours.* ».

A la maison, les parents parlent Dioula, un dialecte africain que Salim comprend, cependant la mère nous assure qu'il répond en Français. Elle évoque également des difficultés de compréhension et d'écriture. Le bilan orthophonique réalisé en septembre 2010 mettait en évidence un trouble phonologique avec une difficulté pour répéter des groupes consonantiques et les mots formés de plus de trois syllabes, un vocabulaire très restreint (Salim ne sait pas dénommer une horloge et emploie le mot « chaise » pour « table »), une syntaxe rudimentaire, une compréhension orale et lexicale déficitaire et une écriture qui se limite à son prénom en lettres majuscules.

1.1.3. Déroulement des séances

Lorsque nous commençons les observations, Salim est suivi en orthophonie depuis un an. Il nous est présenté comme un enfant très agréable et travailleur qui « *revient de loin* » selon l'orthophoniste. En effet, lors des séances, Salim se montre

très concentré et même si il rechigne souvent face aux difficultés ou aux nouveaux exercices, il accepte toujours de faire ce qu'on lui demande. Il a beaucoup progressé durant cette année notamment au niveau du graphisme et de la lecture. Il tire beaucoup de bénéfices de la rééducation et ses résultats scolaires se sont améliorés. Les troubles phonologiques sont moins gênants et le vocabulaire s'est enrichi. Il persiste encore un petit retard de langage, par ailleurs, la lecture et l'écriture ont encore besoin d'être renforcées.

Nous allons maintenant mettre en évidence les différentes caractéristiques de la rééducation orthophonique pouvant aider Salim à développer un processus de résilience.

1.1.3.1. La revalorisation

Il est primordial d'aider le patient à reconstruire une image positive de lui-même et cela sera d'autant plus important dans le cas d'un enfant qui a subi un traumatisme. Nous soulignons ici que cette attitude déjà utilisée en orthophonie s'avère être une aide puissante pour la résilience.

Salim a l'habitude d'être cantonné dans le rôle du mauvais élève à l'école, alors qu'en séance les rapports sont très différents. Ses provocations ne sont pas accueillies de la même manière qu'à la maison ou qu'à l'école, par exemple si il dit un gros mot, l'orthophoniste ne va pas le punir et peut même lui demander de l'orthographier ou juste de l'écrire. Cela désamorce l'agressivité de Salim et le fait de l'écrire va lui permettre de s'exprimer autrement.

Cet enfant a une faible estime de lui, il a besoin d'être remis en confiance et rassuré. Sa première réaction face à un exercice va souvent être le refus ou la négociation : « *Je ne lis que les trois premières lignes* »,

« *Je ne fais l'exercice que jusque là* »,

En réalité ce n'est pas un refus mais une crainte de l'échec. Il va souvent dire :

« *mais c'est trop dur ça!* »

L'orthophoniste souligne qu'il dit ça à chaque fois et que pourtant il y arrive toujours.

Elle lui dit :

« *c'est facile pour toi* »

« *Tu connais ce type d'exercice* »,

« *Tu y arrives très bien d'habitude* »

Nous veillons toujours à l'encourager et à lui faire prendre conscience qu'il a de réelles capacités. Il est aussi important de dédramatiser l'échec et de bien lui faire comprendre que nous ne sommes pas là pour le punir ou le juger et que si il n'y arrive pas ce n'est pas grave.

1.1.3.2. Révéler les ressources et compétences

Lors des séances il est primordial de mettre en avant les potentialités de Salim, lui rappeler ses points forts. Cela rejoint l'idée de faire prendre conscience au patient de ses ressources internes. C'est à la fois impératif dans une rééducation orthophonique car c'est au patient de trouver en lui les moyens de pallier son déficit, et c'est également un pilier essentiel de la résilience car c'est à force d'expériences de réussite que le sujet va se sentir assez fort pour se reconstruire et surmonter les étapes difficiles de son existence.

Par exemple, Salim se débrouille bien en maths et aime les exercices de logique. Lorsque nous lui proposons un exercice un petit peu plus difficile, nous le faisons commencer par quelque chose qu'il maîtrise pour le mettre en confiance, comme des exercices de Sudoku. Souvent Salim va se décourager par peur de l'échec mais si l'on insiste et qu'on l'accompagne dans sa tâche, il réussit et prend conscience de ses capacités.

Quel que soit le résultat final, nous mettons en avant les succès de Salim et lui donnons le sentiment d'avoir réussi sa tâche. Nous estimons que le plus important est qu'il ait participé c'est pourquoi ne le laissons jamais sur un échec et faisons en sorte de le mettre dans une dynamique positive.

Nous notons qu'il apprécie cette sensation de victoire. En effet, à la fin de chaque séance, nous laissons le choix à Salim de choisir un jeu. Il s'oriente systématiquement vers «Batawaf», qui est un jeu de cartes où l'on fait des batailles avec des images d'animaux qui sont plus ou moins grands. C'est un jeu de hasard qui requiert des capacités d'appréciation des grandeurs et mesures, ce que Salim possède depuis longtemps. Le but n'est pas vraiment de travailler une compétence en particulier, mais de mettre Salim dans une position de réussite car il est très fréquent qu'il gagne ce jeu.

1.1.3.3. L'humour

L'humour est un critère positif pour la résilience. Salim possède un sens de l'humour inné mais qu'il ne peut pas forcément développer avec son entourage familial. Nous insistons donc également sur cette faculté qui va lui permettre de prendre de la distance sur ses émotions et relativiser ses souffrances.

Salim et l'orthophoniste ont instauré un petit jeu humoristique sur son caractère grognon. Pour désamorcer l'hostilité parfois présente chez Salim, l'orthophoniste a décidé de créer un personnage amusant : « super râleur » et l'a dessiné. Il a la forme d'un super héros avec une cape et un grand S sur le torse qui signifie « super râleur ». Salim a fini par s'approprier ce personnage et a même appris à le dessiner. Cela lui permet de mettre à distance ses émotions négatives et de tempérer l'attitude d'opposition qu'il adopte comme moyen de défense. L'humour désamorce son agressivité, l'orthophoniste arrive à se moquer gentiment de lui et à faire tomber son armure de petit « caïd » sans le vexer. Salim, qui est pourtant susceptible, rentre toujours dans cette complicité bienveillante instaurée par l'orthophoniste.

1.1.3.4. Le respect des règles

Nous revenons ici sur l'importance d'instaurer un cadre au sein d'une rééducation, de fixer des limites stables et claires qui vont à la fois rassurer le patient et le contenir.

Salim teste souvent les limites des règles au sein du bureau, il provoque l'orthophoniste pour voir jusqu'où il peut aller. Par exemple il va interrompre un exercice en touchant à l'ordinateur, il va faire semblant de voler du matériel... Tous ces petits rituels sont presque devenus un jeu. Il a besoin de se sentir contenu, quand il sent que l'orthophoniste ne réagit plus à ses provocations il va plus loin mais sans jamais dépasser les limites.

Le cadre établi pendant la séance est toujours le même et il est délimité, ce qui rassure Salim et le contient. L'orthophoniste est certes souple, mais elle a instauré un réel respect des règles qui se base notamment sur le respect de la personne. Elle n'hésite pas à rappeler à Salim les limites : il n'a pas à faire à quelqu'un ce qu'il ne voudrait pas qu'on lui fasse lui-même. C'est ainsi qu'elle lui transmet d'une certaine manière la notion d'empathie. Cet argument n'est possible

que grâce à la relation qui s'est établie entre eux car Salim estime et respecte son orthophoniste.

Par ailleurs, il a un grand respect des règles des jeux et met un point d'honneur à ne pas tricher. Lorsqu'il perd il le rappelle souvent :

« *je ne suis pas un tricheur moi* ».

Il accepte de perdre, cela révèle une maturité rarement présente chez les enfants de son âge.

1.1.3.5. Les mécanismes de défense

L'utilisation de mécanismes de défense n'est pas un obstacle à la résilience, comme nous l'avons souligné précédemment c'est souvent une étape avant que le sujet puisse s'engager dans le processus de reconstruction. Pour Salim, la réalité est dure à accepter et il est encore jeune, il a besoin de s'appuyer sur différents mécanismes qui le rassurent. Il faudra cependant veiller à ce qu'ils ne s'instaurent pas durablement.

Au début des séances, Salim a souvent une « carapace de petit dur », c'est le personnage qu'il joue en permanence à l'extérieur : un petit homme qui porte une veste en cuir et qui n'a peur de rien. Ses occupations ne sont pas toujours celles d'enfants de son âge, par exemple, il confie qu'il erre dans la rue avec une bande de copains et qu'il s'amuse à « *faire crier les vieilles* », c'est-à-dire, à agresser des dames âgées.

Il aime montrer qu'il est attiré par tout ce qui est violent, ainsi lorsqu'on lit une histoire avec lui, il va parfois la détourner vers un scénario violent ou ne s'intéresser qu'aux détails négatifs de l'histoire. On ressent une excitation face aux détails qui évoquent des choses sombres ou cruelles et une envie de détails sur les passages violents.

Il présente par ailleurs une tolérance excessive à la douleur avec une tendance à l'auto-mutilation. Plusieurs fois, il est arrivé en séance avec des griffes ou des coupures sur le visage ou sur les mains. Dans ce cas, il prend un certain plaisir à les toucher, en s'arrachant la peau ou en appuyant dessus. Cette résistance qu'il met en avant lui donne l'impression qu'il est fort parce qu'il n'a pas peur d'affronter la douleur. Cette attitude lui permet de se construire une carapace pour se protéger. Salim vit dans un univers violent et c'est sa manière de s'y adapter, pour ne pas s'écrouler.

Nous remarquons qu'il vit des expériences qui le forcent à grandir trop vite. Il nous confie un jour que la police est venue chez lui pendant la nuit pour embarquer son frère qui ira par la suite en prison. Juste après cet incident, il sera lui-même convoqué au commissariat pour avoir insulté le directeur de son école. Tous ces événements l'empêchent d'avoir la vie classique d'un enfant de son âge et l'obligent à se construire un personnage de petit homme qui le protège. Ayant cela à l'esprit, nous comprenons mieux pourquoi Salim a une attirance envers des jeux qui sont davantage adaptés à des plus petits que lui, il peut avoir un besoin de régression et nous veillons à lui laisser cette liberté.

Salim se réfugie également dans la superstition. Il fait souvent des prières avant de jouer, comme si son lancer de dès dépendait d'une puissance divine. Cela traduit un autre mécanisme de défense mis en place face au manque de cohérence de son environnement. Il va chercher à travers ses croyances une justification qu'il ne trouve pas dans sa vie. Les violences de sa mère n'ont en effet pas de sens, il ne doit pas comprendre pourquoi il en est victime. Le manque de dialogue dans sa famille ne fait que renforcer son incompréhension et ne lui permet pas d'exprimer sa colère et sa perplexité.

1.1.3.6. La confiance

Nous reprenons ici un axe essentiel de la relation thérapeutique. En effet, pour qu'il y ait un travail constructif avec Salim, il a d'abord fallu instaurer un climat rassurant, dans lequel il se sent en confiance. Nous avons dû pour cela lutter contre sa défiance naturelle envers l'autorité et les adultes pour qu'il comprenne que le lieu de la rééducation est un endroit où il n'est pas jugé et où il peut s'exprimer en toute sécurité.

Salim a un comportement très complice avec son orthophoniste, qui est basé sur la confiance et il nous met dans la confidence : il a avoué que sa mère le frappait. Salim nous a appris que la police est venue chercher son frère dans la nuit pour l'emmener en garde à vue parce qu'il avait volé le sac d'une femme. Lorsqu'il s'apprête à nous révéler quelque chose, Salim nous met sous le sceau du secret en nous faisant jurer de ne pas répéter ce que nous allons entendre. L'orthophoniste doit à chaque fois rappeler que tout ce qui est dit dans le cabinet n'en est jamais sorti et n'en sortira jamais, mais face à la nature des confidences, nous sommes obligées

de lui préciser que si ce qu'il nous raconte le met en danger, nous serons dans l'obligation d'en parler à d'autres personnes qui seront en mesure de l'aider.

Il a très peur que nous répétions ce qu'il nous dit à sa mère, il nous dit souvent:

«*Sinon elle va me frapper*»

Lors d'un exercice, il a écrit cette phrase: «Les mamans sont souvent plus petites que les papas.» A peine a-t-il eu fini, qu'il nous fait jurer de rien dire à sa mère car elle se vexerait. Il va jusqu'à refuser d'emporter son travail chez lui, de peur qu'elle découvre la phrase. A ce moment, la crainte de Salim était palpable et lorsqu'il prend conscience de la gravité de ses révélations, il se rétracte et nie sa confiance car il sait qu'elle peut avoir des conséquences. En effet, comment un petit garçon de huit ans peut supporter l'idée qu'en révélant ce qu'il se passe chez lui, une autorité va en quelque sorte «punir» sa mère ou pire l'en séparer?

Cette relation de confiance va cependant s'avérer être à double tranchant. En effet, lorsque Salim va nous confier se faire battre par sa mère, nous sommes face à une situation délicate. Nous avons le devoir de signaler cet aveu au personnel du centre qui s'occupe de lui et à l'école pour aviser l'intervention d'une assistante sociale, mais nous devons veiller également à ce que Salim ne subisse pas de représailles et faire accepter à la famille une intervention. En nous faisant cet aveu, il s'est inconsciemment protégé, nous le percevons comme un appel à l'aide, mais cela ne signifie pas qu'il soit prêt à accepter le fait qu'on le sépare de sa mère, elle reste toute puissante à ses yeux. Par ailleurs, nous devons veiller à ce qu'il ne se sente pas coupable car il peut par la suite vivre cette confiance comme une trahison vis-à-vis de sa mère. Donc, il faut prendre en compte le paradoxe de cet aveu.

Parallèlement à ça, nous avons été convoqué à une réunion de son école avec son institutrice, son directeur et la psychologue scolaire. Nous nous sommes rendues sur place accompagnées de la psychiatre qui le suit au CMP. Lors de la réunion nous découvrons un autre Salim, décrit par le directeur et l'institutrice : un petit garçon extrêmement violent, qui menace ses camarades avec des ciseaux, insulte le directeur, ne respecte rien en classe et fait tous les jours une crise de nerf durant laquelle il est obligé de sortir de la classe pour se calmer. Lors des débordements, Salim a besoin d'être contenu physiquement, il se débat très violemment et pleure. Ces situations ont comme conséquence l'exclusion de Salim qui ne peut pas venir à l'école si le directeur n'est pas là car son comportement est jugé trop dangereux. L'institutrice et le directeur sont démunis face à cette situation.

On apprend que le comportement de Salim s'est détérioré depuis la rentrée des vacances de Toussaint, à la suite d'un remplacement de l'institutrice qu'il n'a pas supporté. Est-ce que cette absence a été vécue comme un abandon? Toujours est-il que les relations entre Salim et le milieu scolaire se sont engagées dans un cercle vicieux : il assimile l'école à la punition car il est fustigé dès son entrée en classe comme l'élève à surveiller, ce qui le conditionne dans le rôle du mauvais élève. Il n'y a plus aucune relation de confiance avec son institutrice et celle-ci semble exaspérée par Salim qui visiblement la pousse à bout. Sa violence est à la fois verbale et physique vis-à-vis du directeur et de l'institutrice, cela a abouti à une plainte déposée par le directeur et une convocation des parents au commissariat.

Durant la réunion, nous sommes très étonnées de ce que nous entendons au sujet de Salim qui, avec nous, est un petit garçon certes provocateur mais qui n'irait jamais aussi loin et qui reste toujours dans le respect des règles.

Suite à cette réunion, nous discutons avec la psychiatre des rapports de Salim avec nous et du fait qu'il a davantage tendance à se confier durant les séances d'orthophonie. Nous décidons ensemble de l'urgence d'une rencontre entre le docteur H, (psychiatre du CMP) Salim et ses parents pour aborder le sujet de la maltraitance et pour éclaircir certains événements comme l'incarcération du grand frère.

Après cette réunion, des mesures ont été prises : une AED (aide éducative à domicile) va être mise en place face au signalement de maltraitance et la psychiatre décide de convoquer Salim et ses parents.

Lors de l'entretien, Salim qui était censé être dans le bureau du directeur va faire irruption dans la salle où nous étions. Il savait que nous étions là car nous l'avions prévenu pour qu'il ne se sente pas trahi. Nous sentons à cet instant qu'il vient surveiller quelque chose et qu'il sait que les enjeux de cette entrevue sont graves.

A partir de ce moment-là, nos rapports avec lui vont considérablement changer. La mère va considérer l'intervention de l'AED comme une mesure visant à lui retirer la garde de son enfant. Lors d'une entrevue avec elle, elle nous reprochera d'avoir « *fait toute une histoire* » alors qu'il ne s'agissait selon elle que d'une « *simple gifle* ». Elle se justifie en disant :

« *Ce jour-là j'ai craqué parce qu'une fois de plus on m'a appelée au travail pour me convoquer au commissariat pour Salim* »

« *J'ai voulu le punir parce que cette fois-là c'était plus grave que les autres fois et je n'en peux plus d'être appelée sur mon lieu de travail. Je risque de le perdre à cause des bêtises de Salim !* ».

« *Si vous voulez me prendre mon enfant, allez-y ! Moi je ne sais plus quoi faire, ça me ferait des vacances. Je suis fatiguée, il faut me comprendre* ».

L'animosité de la mère par rapport au CMP va se faire sentir à travers le comportement de Salim en séance. Il se révélera très agressif à notre égard, cela se traduira par une désinvolture, un refus de travailler, une négociation accrue à chaque activité, une agitation exacerbée (il touche à tout, abîme le matériel, se lève, fait autre chose pendant un exercice...) et des insultes. Nous prenons le parti de ne pas entrer dans son jeu, même si visiblement il fait tout pour nous pousser à bout, car une réponse agressive ne ferait qu'empirer les choses.

1.1.3.7. L'expression des sentiments

La communication est primordiale au sein d'une rééducation d'orthophonie, il est essentiel que Salim apprenne à exprimer ses émotions pour se familiariser avec le récit, qui est un outil de la résilience. Nous faisons le choix de ne pas censurer l'expression de sentiments parfois très violents et d'accepter les projections de Salim. Nous allons voir ainsi de quelle manière se manifeste le transfert au sein de cette relation thérapeutique.

Nous choisissons de laisser Salim s'exprimer, pour qu'il nous fasse part de ce qui le dérange. A plusieurs reprises nous allons lui demander ce qui le préoccupe, ce à quoi il répond systématiquement :

« *rien, c'est bon* » .

Nous lui demandons si il veut nous parler de quelque chose mais il refuse. Il refusera de s'exprimer directement mais le fera inconsciemment à travers les activités que nous lui proposerons. Par exemple, nous lui demandons de trouver des phrases qui commencent par « j'aime » ou « je déteste ». Il immédiatement dira : « *Je déteste madame L.* » (qui est l'orthophoniste).

Il pensera être censuré, mais au contraire nous l'encourageons à écrire ce qu'il veut. Il verbalisera sa colère sur le papier et écrire en toutes lettres qu'il déteste son orthophoniste. Ensuite la consigne est d'écrire ce qu'il a fait la veille, à nouveau il exprime son agressivité :

« *Hier j'ai frappé madame L.* ».

Verbaliser ses fantasmes l'aide à décharger son agressivité et cela va également le déstabiliser car alors qu'il s'attend à être puni, nous l'encourageons. Au fil des séances, le motif de sa rancœur va se préciser, et il finit par reprocher à l'orthophoniste de l'avoir tapé :

« *c'est toi qui m'as frappé !* ».

C'est intéressant de voir que Salim déplace ici la maltraitance de sa mère sur l'orthophoniste. Il est en effet plus simple d'en vouloir à l'orthophoniste plutôt qu'à sa mère. C'est une forme très marquée de transfert. C'est sa manière de dire à l'orthophoniste qu'il lui en veut de l'avoir « trahi » en signalant les mauvais traitements de sa mère.

Même si nous le laissons s'exprimer, nous sommes parfois dans l'obligation de lui mettre des limites, car lorsqu'il voit que ses provocations ne nous atteignent pas, il en essaye d'autres qui peuvent s'avérer dépasser le manque de respect.

Il n'est pas toujours évident de rester neutre devant ses agressions mais nous savons que ce suivi lui est bénéfique et que c'est un soutien.

Ce n'est pas la première fois que Salim projette son agressivité en séance, il lui est fréquemment arrivé de rejouer des scènes violentes voire morbides. Il est intéressant d'observer que beaucoup de choses peuvent se jouer dans une simple séance d'orthophonie et il est nécessaire de savoir prendre du recul face aux projections du patient.

1.1.4. Le projet thérapeutique

Nous allons à présent voir comment continuer la rééducation orthophonique avec Salim et avec quels objectifs. Il est impératif qu'il poursuive sa prise en charge au CMP, à la fois en orthophonie, psychothérapie et psychomotricité. En effet, ce soutien thérapeutique lui permet de s'exprimer et d'être épaulé face au climat parfois délétère de son environnement familial. Sur le plan orthophonique, malgré beaucoup de progrès aussi bien en langage écrit qu'en langage oral, il persiste un manque de vocabulaire et des lacunes en grammaire. Salim doit d'abord réussir à se délester de ses problèmes personnels avant de rentrer dans les apprentissages, c'est pourquoi la prise en charge psychologique en parallèle est indispensable. Au vu des bouleversements intrafamiliaux récents suite aux révélations de Salim, la prise en charge est renouvelée pour un an minimum et se poursuivra sûrement au-delà. Nous développerons les axes majeurs travaillés en orthophonie ci-après.

1.1.4.1. Regagner la confiance de Salim

Le fait de ne pas abandonner les rééducations permet de réinstaurer un climat de confiance qui est indispensable pour mener à bien la relation thérapeutique.

Salim commence à être moins hostile, lorsque nous lisons un livre qu'il apprécie : « Kirikou ». Malgré son attitude agressive, il participe et accepte de lire. Après chaque séance, lorsque son père ou sa mère nous demandent comment s'est passée la séance, nous répondons toujours de manière positive. Il est important de ne pas rentrer dans la configuration du mauvais élève, notre but est de l'aider, il est indispensable qu'il vienne en séance et nous devons être en mesure d'accepter sa souffrance. Par ailleurs le fait de ne pas répondre agressivement à Salim et de ne pas accorder trop d'importance à ses provocations, tout en les remarquant, va les désamorcer. Quand il rentre dans une activité, nous retrouvons le lien tissé auparavant, il n'hésite pas à poser des questions et redevient un petit garçon en quête d'apprentissage.

La confiance va se réinstaurer au travers d'activités bien cadrées dans lesquelles il peut s'investir sans se disperser. Nous veillons à enchaîner les exercices pour maintenir une concentration souvent labile. Lors des jeux, les liens vont à nouveau se tisser, notamment lorsque nous partageons des astuces de jeu avec lui. Il va apprécier cette aide et la réinvestir. Nous sentons à ce moment qu'il réajuste l'estime qu'il a de nous. Il va de moins en moins tester le lien et accepter les exercices que nous lui proposons.

Depuis l'intervention de l'AED, il n'est plus dans la confiance et il semble avoir tissé un lien réel avec cette personne.

Notre rôle va être d'accueillir les projections de Salim et sa colère sans renoncer à lui offrir le soutien dont il a besoin. C'est grâce à la relation qui s'est établie auparavant que nous allons réussir à désamorcer son agressivité et à nouveau être dans une relation thérapeutique de confiance.

1.1.4.2. Se mettre à nouveau en projet

Lorsque la relation sera apaisée, il faudra poursuivre le travail mis en place depuis plus d'un an sur le langage oral et écrit et entrer à nouveau dans les apprentissages. Nous avons en effet constaté que tant que Salim est dans une

relation conflictuelle et préoccupé par ses problèmes familiaux, il est difficile pour lui de se concentrer sur un travail donné. Il faut lui laisser le temps d'évacuer son ressenti et le recentrer dans une dynamique de travail qui lui permettra d'être à nouveau en projet et d'accomplir des tâches. Nous veillerons à rester positives pour conserver une spirale de réussite qui va consolider son estime de lui-même.

Salim a su prouver qu'il était capable de beaucoup de progrès, il sait aujourd'hui écrire et lire quasiment comme un enfant de son âge alors qu'il n'avait accès à aucun de ces codes à son arrivée au sein du CMP.

Il faudra encore perfectionner l'écriture qui est encore malhabile et travailler l'orthographe qui reste une étape difficile pour lui. Précisons qu'au sein du système familial, le français n'est pas la langue maternelle et que les parents de Salim ne savent ni lire ni écrire le français. Il a donc dû fournir plus d'efforts que les autres enfants et a vraiment tiré profit du système scolaire et des rééducations orthophoniques.

Le travail de lecture lui permettra de fluidifier davantage son déchiffrement et d'accéder un peu plus à la compréhension. Par ailleurs, cette activité exerce son imaginaire autrement que sous forme de projections violentes et d'enrichir son vocabulaire.

Salim doit aussi continuer à travailler sa concentration. Lors d'une séance nous faisons souvent des pauses et changeons régulièrement d'activité pour ne pas le laisser, mais nous insistons toujours pour qu'une tâche, même de courte durée, soit menée jusqu'à son terme.

Par ailleurs, les séances doivent rester un lieu dans lequel il se sent en sécurité et peut décharger ses émotions. Durant ces 45 minutes, il est important qu'il se sente comme un petit garçon de son âge et qu'il fasse des activités ludiques. Salim ne joue pas chez lui, il faut veiller à lui proposer des jeux qu'il apprécie et durant lesquels on insiste sur le respect des règles et la communication.

Nous avons également comme projet d'encourager les parents de Salim à reprendre l'inscription qu'il avait dans un club de football. La mère avait en effet supprimé toute activité à l'extérieur de la maison pour le punir mais, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, il est indispensable que cet enfant ait un étayage extérieur et qu'il puisse tisser des liens avec une communauté dans laquelle il pourra trouver d'autres tuteurs.

1.1.5. Conclusion

Le suivi de Salim a mis en évidence l'importance d'une prise en charge globale pour encourager un processus de résilience . En effet, grâce aux réseaux éducatifs et thérapeutiques et à leur collaboration nous avons pu agir face aux difficultés du milieu familial de Salim et le soutenir, plaçant ainsi les professionnels de santé et les enseignants dans une position de tuteurs de résilience.

Grâce aux séances d'orthophonie, nous avons observé comment il était possible de favoriser la résilience de Salim, par des attitudes rassurantes et empathiques. Notre rééducation ne s'est pas cantonnée pas à l'aspect technique de l'orthophonie. La dimension humaine a permis à Salim de se sentir en confiance et de gagner en assurance. C'est grâce à cela qu'il entrera efficacement dans les apprentissages et trouvera chez les intervenants extérieurs une aide pour apprendre à vivre au sein d'une situation familiale instable.

1.2. Marc et sa mère

1.2.1. Introduction

Après avoir observé et participé à une prise en charge individuelle, nous avons souhaité intervenir au sein de groupes pour observer comment la relation thérapeutique s'articule autour de différents professionnels. Cela nous a par ailleurs permis de mettre en œuvre la collaboration interprofessionnelle que nous préconisons dans notre partie théorique et de voir de quelle manière s'organise le réseau des intervenants extérieurs.

Nous avons mis en place cette rééducation en collaboration avec madame C, psychomotricienne d'un CMP. La psychomotricienne prenait en charge Marc et sa mère pour favoriser les liens mère/bébé dans un contexte de déficience intellectuelle de la mère. Nous avons jugé que le plan psychomoteur ne devait pas être le seul investi et que la prise en charge pouvait également prendre en compte la communication. Notre but a donc été de consolider un attachement parfois balbutiant entre Marc et sa mère et permettre à la mère d'aller au-delà de ses difficultés pour établir une relation de qualité avec son enfant en lui assurant un développement harmonieux.

C'est ainsi que nous avons participé aux séances durant tout le mois de février au CMP dans la salle de psychomotricité. Les séances se déroulaient tous les vendredis matin de 10h30 à 12h.

Marc a 10 mois lorsque nous le rencontrons. Il a un grand frère de 12 ans qui est déficient intellectuel et psychotique, également suivi dans un CMP et une grande sœur de 8 ans.

La maman de Marc ne travaille pas et le père est peintre en bâtiment.

La mère est déficiente intellectuelle, ses enfants sont suivis dans des CMP et elle participe également à des accueils de parents avec ses enfants au sein de PMI et à différentes activités organisées au sein de ces structures. Elle bénéficie d'un soutien important et est très demandeuse des aides que lui offre le réseau extérieur.

1.2.2. Anamnèse

Marc est adressé en psychomotricité pour un retard moteur. La psychomotricienne a rempli l'échelle de développement psychomoteur de la première enfance (le BLR: Brunet-Lézine Révisé).

Suite aux observations, il apparaît que Marc :

- n'a pas encore acquis le retournement du dos au ventre
- ne tient pas encore en position assise
- a encore des difficultés de préhension.

Les mouvements de déplacement du tronc et des membres inférieurs sont en cours.

Il présente par ailleurs de bonnes potentialités :

- il possède une bonne poursuite visuelle
- il joue avec ses mains et sait saisir ses pieds
- il a une bonne extension des jambes couché sur le ventre
- il sait tenir sa tête
- il possède une excellente communication
- il réagit à son environnement sonore et visuel
- il vocalise et rit volontiers

On remarque que Marc n'a pas de retard moteur, cependant la psychomotricienne relève des endormissements soudains et fréquents. En effet, ses yeux se ferment et il s'endort instantanément comme s'il s'évanouissait.

Le motif de cette prise en charge est davantage une guidance parentale qu'une rééducation motrice. En effet, la maman de Marc a besoin d'être rassurée dans ses compétences de mère et est en demande de soutien extérieur pour l'aider à s'occuper de son enfant.

1.2.3. Déroulement des séances

Nous allons maintenant mettre en évidence les axes majeurs de la rééducation qui favorisent la résilience.

1.2.3.1. Le travail de réassurance

Un des axes majeurs de cette prise en charge, va être de rassurer la mère de Marc quant à ses compétences. En effet, nous avons affaire à une maman qui se remet beaucoup en question et qui a toujours besoin d'être rassurée dans ses choix, cela ne favorise pas l'estime qu'elle peut avoir d'elle-même et peut se répercuter sur les relations qu'elle a avec son enfant. Par ailleurs nous allons également apaiser les angoisses qu'elle peut avoir vis-à-vis de Marc et qui sont parfois excessives.

Notre premier contact s'effectue dans la salle d'attente, elle ne sait pas encore qui je suis. Ce jour-là il fait très froid et elle arrive avec Marc dans sa poussette, emmitouflé sous des couvertures. Dès qu'elle finit de le débarrasser de ses épaisseurs, elle me prend à partie et attire mon attention sur le fait qu'elle a bien couvert son enfant:

«Dehors il fait froid, c'est pour ça que je lui ai mis tout ça»

Elle semble presque se justifier et demande mon approbation:

«C'est bien comme ça hein? Comme ça il a pas froid».

Cette première première entrevue est très révélatrice du manque de confiance de la mère de Marc. Par la suite, je remarque qu'en séance, elle sollicite en permanence notre avis sur ce qu'elle fait avec son fils, sur les activités qu'elle lui propose ou sur les stimulations qu'elle lui apporte. Nous soulignons ses bonnes initiatives en séance, cela l'aide à se sentir davantage sûre d'elle.

La mère de Marc a aussi besoin d'être rassurée quant aux angoisses qui l'envahissent à propos de son enfant. Elle exprime souvent la peur que Marc fasse une chute ou qu'il avale quelque chose de dangereux. Elle nous parle beaucoup des précautions qu'elle prend chez elle et qui sont parfois excessives comme le fait de mettre des coussins en-dessous de Marc lorsqu'il prend appui sur elle pour se mettre

debout ce qui ne semble pas nécessaire sachant qu'elle le soutient. Par ailleurs, un jour où sa fille l'accompagne en séance parce qu'elle est malade, elle nous précise : « *Elle met sa main devant sa bouche quand elle parle à Marc, pour ne pas le contaminer* » .

Sont-ce de réelles peurs ou une volonté de montrer qu'elle prend soin de son fils? Nous n'hésitons pas dans ces cas-à à la rassurer et à lui faire prendre conscience que certaines situations sont sans danger pour Marc.

1.2.3.2. Révéler les potentialités de Marc

Le but des séances est également de faire prendre conscience à la mère de Marc que son enfant possède de réelles capacités. Cela lui permettra d'avoir un regard positif sur son fils et donc de lui renvoyer une image valorisante. Il est important pour amorcer un processus de résilience, que cet enfant évolue dans un environnement qui lui reflète une image positive.

Lorsque nous commençons nos observations, Marc a fait beaucoup de progrès, il sait maintenant se retourner sur le ventre, tient sur ses avant-bras, arrive à saisir des cubes et les taper l'un contre l'autre, amorce la marche arrière et peut avec un appui pousser sur ses jambes pour se mettre debout. La psychomotricienne montre à la maman que son fils a des compétences, par exemple, en donnant son bras comme appui à Marc, elle lui révèle qu'il sait se mettre debout tout seul. Pour que la mère ait bien conscience de cette nouvelle capacité, nous l'invitons à essayer elle-même. Sa première réaction va être d'aider son fils à se mettre debout. Il est donc important de lui montrer qu'il n'a besoin que d'un appui et qu'il sait faire le reste tout seul. La psychomotricienne lui montre également que son fils va bientôt acquérir la marche à quatre pattes, elle attire son attention sur ses mouvements de jambes qui se mettent en place.

De notre côté, nous le mettons en situation de communication pour montrer à sa mère qu'il réagit bien. Marc est très communicatif, il a un très bon contact visuel et babille volontiers. Nous montrons à sa mère qu'il a une bonne permanence de l'objet grâce au jeu du coucou/caché durant lequel Marc est très réactif. Nous éveillons également son attention conjointe en l'attirant vers un jouet.

Le fait de révéler les compétences de Marc narcissise sa mère qui, à travers les progrès de son enfant, se réaffirme dans son rôle.

1.2.3.3. Le travail de guidance parentale

Notre travail est de guider la mère en lui donnant des conseils. Toute la difficulté sera de ne pas faire d'ingérence dans ses relations avec son enfant et de ne pas s'ériger comme étant les seules à posséder des connaissances. Cela n'exclut pas le fait que nous pouvons lui donner des conseils. Nous revenons ici sur l'importance de l'horizontalité de la relation entre le thérapeute et son patient, nous nous contentons de révéler les ressources qui existent déjà chez Marc et sa mère sans imposer un modèle rigide. Cela demande une réelle collaboration entre soignants et patient.

Lors des séances, nous stimulons Marc. Par exemple, la psychomotricienne le met sur le ventre pour qu'il passe de lui-même sur le dos, elle travaille également la motricité fine en lui donnant des cubes qu'il doit taper l'un contre l'autre, elle le fait se lever tout seul... Pour le langage, nous lui chantons des chansons, nous lisons des histoires simples, nous lui faisons sentir les vibrations de nos cordes vocales en mettant sa main sur notre gorge... Nous jouons également souvent avec des jouets sonores, ce que Marc apprécie beaucoup. Il aime aussi le jeu du coucou/caché avec un objet ou avec une personne (nous ou sa mère). Nous donnons un sens aux productions de Marc, en les mettant en mots comme par exemple dire « *Tu es content ?* » lorsqu'il rit ou pousse un cri d'excitation.

Tout cela participe à l'élaboration d'un modèle pour sa mère qui est très réceptive. Elle observe ce que nous faisons en séance et aime le répéter chez elle. C'est un but essentiel de notre prise en charge, car cette maman a besoin d'être épaulée et guidée. Toutes les prises en charge dont elle bénéficie (au CMP ou dans les PMI et garderies) lui permettent de savoir ce qui est bien pour son enfant et lui apprennent des éléments sur son développement. Les conseils que nous lui donnons ont pour but de faciliter les interactions avec son enfant et de le stimuler ce qui n'a pas été effectué spontanément par cette maman qui a des difficultés cognitives et socio-économiques.

Cependant nous notons que la mère de Marc a tendance à réinvestir ce qu'elle observe mais souvent d'une manière très scolaire, qui manque de naturel. Par exemple, lors d'une séance, la sœur de Marc était présente car elle était malade et ne pouvait aller à l'école. La psychomotricienne montre à la mère pendant la séance quels appuis donner à Marc pour qu'il se mette debout tout seul. Elle a

immédiatement appelé sa fille pour qu'elle vienne observer les gestes en lui disant « *Viens voir comment il faut faire!* »

Elle lui a ensuite demandé de s'exercer avec Marc.

Nous avons également été interpellées lorsque cette maman nous a dit :
« *J'apprends à Marc à faire des bisous* » .

On sent bien ici une volonté de bien faire en répétant ce qui a été vu en séance à la maison. Il est important de conserver le naturel de la relation mère/enfant, d'autant qu'on observe que cette maman délègue à sa fille certains conseils que nous lui donnons.

On note par ailleurs une attitude de la mère un peu brusque parfois, par exemple lorsqu'elle prend Marc pour le mettre dans sa poussette ou qu'elle le tient dans ses bras. Le holding n'est pas très adapté, Marc semble davantage être saisi comme un objet que comme un bébé. En effet, il n'est pas assez maintenu et on ne sent pas une attention particulière de la part de la mère.

Cette attitude un peu fruste s'observe également dans les stimulations que la mère apporte à son bébé. Elle va par exemple lui demander une dizaine de fois à voix très forte:

« *Il est où papa ?* »

Marc est occupé à autre chose, mais elle ne semble pas s'apercevoir qu'il ne réagit pas à ses sollicitations.

Lors de la présence de la sœur en séance, nous remarquons également qu'il y a beaucoup de pics d'excitation au sein de cette famille. Les jeux de surprise ou de course semblent autant ravir les enfants que la mère qui n'est pas là pour proposer un retour au calme et tempérer cette excitation mais qui va au contraire la stimuler. Cette attitude un peu enfantine de la mère à un rapport avec sa déficience intellectuelle et peut entraîner une certaine confusion des rôles.

1.2.3.4. L'importance de l'environnement

Cette prise en charge nous prouve à quel point il est utile d'activer les réseaux d'aide extérieure lorsqu'une famille a besoin d'être soutenue. Marc est suivi par de nombreux professionnels. Tout est fait pour essayer de pallier les carences de son milieu familial et il peut bénéficier des stimulations dont il a besoin grâce au soutien des structures qui l'accueillent, lui et sa mère. Il n'est pas question d'être trop intrusif

au sein des relations familiales, mais d'apporter des conseils et de transmettre un certain savoir.

Dans le cas de Marc, cette prise en charge est bénéfique car la maman est très réceptive et volontaire. C'est un réel échange, qui est réinvesti par la mère et qui améliore les interactions. Tout cela donne plus de chance à Marc pour son futur développement.

Le fait d'avoir établi une collaboration avec la psychomotricienne a permis de mener à bien une prise en charge multidisciplinaire qui étaye à la fois le développement moteur de Marc mais aussi sa communication. Les autres prises en charge vont permettre à Marc et sa mère de faire des activités encadrées et stimulantes. Grâce à ce soutien extérieur, la mère de Marc a su trouver le moyen de compenser certains déficits de son milieu en se tournant vers des réseaux appropriés.

1.2.4. Conclusion

Cette prise en charge fut très enrichissante car elle nous a permis de travailler sur les relations mère/bébé, mais aussi de mettre en œuvre une collaboration avec un autre professionnel. Nous avons mis en place une guidance préventive pour aller au devant d'éventuelles carences causées par la déficience de la mère. Nous sommes ici au cœur de la thématique de la résilience avec cette idée qu'il est possible de pallier un déficit, qui peut être comparé à un traumatisme, grâce à la mise en valeur des ressources internes du sujet par un réseau de soignants et grâce au soutien extérieur.

1.3. Le groupe Arthur et Julien

Ce groupe, composé initialement de trois enfants, s'est formé en septembre 2011, dans le cabinet libéral d'une orthophoniste, Mme T, et a eu lieu tous les jeudis de 17h à 18h. De septembre 2011 à décembre 2011, une petite fille, Eléna, 9 ans, porteuse d'un syndrome non étiqueté, participait également à ce groupe. A la fin de l'année, elle a quitté le groupe et est partie vivre au Brésil, les données recueillies n'étaient alors pas suffisantes pour l'inclure dans l'étude. Le groupe a continué avec Arthur et Julien, les deux enfants présents dans notre étude.

La résilience étant un processus se construisant sur le long terme, nous avons voulu étudier l'évolution d' Arthur et Julien, du bilan initial à ce qu'ils sont devenus aujourd'hui.

Nous allons dans un premier temps présenter Arthur et Julien ainsi que leur « vécu orthophonique » puis nous rapporterons nos observations en lien avec les items de la « Resilience Scale » .

1.3.1. Arthur

Aujourd'hui âgé de bientôt 10 ans, Arthur est suivi en orthophonie depuis ses 3 ans. A cet âge, Arthur présentait un retard dans ses acquisitions : les développements de la motricité fine, du graphisme et du langage en production comme en réception étaient entravés par un trouble de la communication. Ce petit garçon était jargonnant, écholalique et n'était capable que de peu d'interactions visuelles avec l'interlocuteur . Il n'y a pas eu de diagnostic précis pour cet enfant mais au vu des troubles qu'il présentait, la prise en charge s'est orientée vers une rééducation portée sur les habiletés pragmatiques et communicationnelles.

1.3.1.1. Déroulement des séances avant la formation du groupe

Dès l'âge de 3 ans, la prise en charge orthophonique s'est déroulée de manière à aider Arthur à investir le champ de la communication visuelle, gestuelle et verbale au moyen d'interactions adaptées et d'activités structurées et structurantes. Arthur était suivi deux fois par semaine au cabinet libéral et, il a très rapidement investi cette rééducation. Les activités structurantes dont il a bénéficié en

rééducation ont permis d'imposer un cadre qui est ensuite devenu un repère régulier propice à son développement.

Une relation duelle harmonieuse s'est instaurée au fil des séances entre Arthur et son orthophoniste. Les exercices proposés ont permis de développer ses capacités de communication tout en créant un lien nécessaire à son épanouissement. Ainsi, les habiletés pragmatiques ont été travaillées en priorité (l'orientation du regard et l'attention au visage, l'attention conjointe, le tour de rôle, les jeux de faire-semblant, l'expression des émotions par les gestes, les mimiques et la posture etc).

Arthur a ainsi pu vivre en séance des expériences différentes de celles vécues à la maison ou à l'école et il a intégré ce lieu comme étant celui d'un espace privilégié.

Les séances d'orthophonie ont continué à se dérouler à raison de deux séances hebdomadaires dans le cadre d'une approche globale. Ainsi, Arthur n'a cessé d'améliorer son contrôle moteur, ses enchaînements articulatoires et son geste phonatoire. Sur le plan du langage, les séances lui ont permis d'enrichir son lexique et de consolider l'utilisation de la syntaxe, tout en développant un geste graphique encore immature. Un maintien en grande section de maternelle a été proposé puis Arthur a continué une scolarité normale. Un pré-apprentissage de la lecture s'est mis en place avec l'orthophoniste et le langage écrit a été abordé par le biais d'exercices et de jeux sur les animaux, Arthur étant très intéressé par le monde animal. Les aspects cognitifs du langage, principalement à travers sa composante pragmatique, ont également fait l'objet d'un travail en rééducation. De plus, des exercices de relaxation/respiration ont souvent été pratiqués afin de permettre à Arthur de prendre conscience de lui-même et des capacités perceptivo-motrices.

Tout au long de la rééducation, le travail global effectué a permis de mettre en avant ses compétences et lui permettant d'être valorisé et renforcé dans son estime de lui-même. Selon son orthophoniste, Mme T, « l'image de soi de l'enfant est liée au regard que l'entourage va porter sur lui, un regard qui participe au développement et au maintien de l'estime de soi ». Ainsi, le regard posé sur Arthur, empreint de réassurance grâce aux progrès mis en évidence ont permis des changements positifs. Ce cercle vertueux s'est également développé au sein de la sphère familiale et de l'environnement scolaire puisqu'un regard professionnel positif sur Arthur a

renforcé son image auprès de son entourage qui l'a encouragé et stimulé dans ses apprentissages.

1.3.1.2. Contexte familial

Arthur a une sœur de deux ans sa cadette. Les parents d'Arthur ont économisé pendant des années pour pouvoir s'acheter une maison en grande banlieue. Tout était sur le point de se concrétiser mais l'annonce d'une tumeur cérébrale chez le père d'Arthur a contraint la famille à rester en ville pour les soins. Le décès est survenu un an et demi après l'annonce de la maladie. Les observations rapportées ci-après ont donc démarré 3 mois avant le décès.

1.3.2. Julien

Julien est un garçon âgé de 9 ans et demi qui est suivi en orthophonie de façon hebdomadaire depuis qu'il est en moyenne section de maternelle. A la suite d'un accident de voiture, Julien, alors âgé de 6 ans, a été victime d'un traumatisme crânien.

Julien est reçu en bilan orthophonique à l'âge de 4 ans et 8 mois à la demande conjointe de son institutrice et de ses parents pour des difficultés articulatoires. Sa mère rapportait que selon son institutrice, Julien avait un comportement à l'intérieur de la classe en retrait. Elle notait à la maison une préférence pour les jeux en solitaire plutôt qu'avec son frère de quatre ans son aîné; Julien trouvait donc refuge dans un isolement qui lui permettait de développer son imaginaire et des jeux symboliques, sans affronter les difficultés d'échanges avec le monde qui l'entourait, basées sur le langage oral. Une perte auditive due à des otites séreuses à répétition a été constatée, n'ayant à l'époque pas encore fait l'objet de traitement. Hypermétrope, Julien porte également des lunettes. Le bilan de Julien mettait en exergue des difficultés expressives liées à sa perception altérée du langage oral : phonologie simplifiée, acquisitions morphosyntaxiques lentes et parfois déviées qui pouvaient gêner son intelligibilité. Sa compréhension était de bonne qualité, nettement améliorée par des suppléances qui attestaient de ses bonnes capacités cognitives. Conscient de ses compétences mais aussi de ses difficultés, Julien n'investissait pas le champ de la communication destinée à l'échange et au partage d'informations.

1.3.2.1. Déroulement des séances avant la formation du groupe

Dès l'âge de 5 ans, la prise en charge orthophonique a eu pour but, dans un premier temps, d'aider Julien à affiner ses productions phonologiques et syntaxiques, à mettre en place les suppléances nécessaires à une meilleure perception du monde qui l'entourait et à renforcer son sentiment d'efficacité afin de valoriser ses compétences communicatives. Un travail spécifique préparant à l'acquisition du langage écrit a ainsi été mené en fin de grande section de maternelle, auquel Julien avait adhéré avec plaisir et réussite. Cependant, l'entrée au CP a mis en évidence de réelles difficultés en langage écrit, en lien avec le retard de parole et de langage présenté dans la petite enfance. La rééducation orthophonique s'est alors poursuivie avec comme axes :

- L'acquisition des gestes phonatoires en lien avec le signe graphique et le phonème oral
- La consolidation des mécanismes d'« assemblage » en lecture et en écriture
- L'émergence puis le développement des mécanismes d'« adressage »
- L'approche du sens des mots, des phrases, des textes

L'utilisation des gestes Borel a été indispensable dans un premier temps puis s'est transformée en un étayage dans son apprentissage de la langue écrite.

Parallèlement, Julien a été valorisé et encouragé afin qu'il retire du plaisir et devienne acteur de ses apprentissages.

1.3.2.2. Contexte familial

Julien a un frère de quatre ans son aîné. Les parents de Julien sont divorcés. Le père de Julien vit toujours sous le même toit que son ex-femme et souffre de problèmes d'alcoolisme. Cette situation occasionne évidemment des troubles au sein de la cellule familiale.

1.3.3. Observation des séances: Septembre 2011-mars 2012

En septembre 2011, l'orthophoniste décide de créer un groupe de rééducation comprenant Eléna, Julien et Arthur. Eléna ne restera que 3 mois dans le groupe avant de repartir vivre au Brésil.

L'orthophoniste se rend compte que les trois enfants sont d'origine portugaise. S'engage alors jusqu'en décembre un travail sur un pays dont la langue officielle est

le portugais (le Brésil) et où l'aspect global de la rééducation sera primé. A travers ce support attrayant pour eux et en fonction des difficultés communes à ces trois enfants, des activités concernant l'accès au lexique, la compréhension du langage pour l'enrichissement du stock lexical et la capacité morpho-syntaxique et le langage écrit s'effectuent. Fin décembre, Eléna repart au Brésil. Peu de temps après, le papa d'Arthur décède.

Nous avons pu observer des éléments mettant en évidence les capacités de résilience d'Arthur et Julien. Nous avons également fait passer 15 items de la « Resilience scale » (RS) de Wagnild and Young (cf annexes 1 et 2) pour déterminer les caractéristiques résilientes des personnalités de Julien et d'Arthur . Sur ces 15 items, 13 ont été retenus pour apparaître dans notre étude. En effet, les items « je ris facilement des choses » et « en cas d'urgence je suis quelqu'un sur qui on peut compter » ont donné lieu à des quiproquos et une incompréhension de certains termes. Les 10 items restants n'ont pas été passés car ils ne nous ont pas semblé adaptés et compréhensibles pour des enfants de 10 ans. Il s'agit des items suivants :

« je peux m'en sortir seul s'il le faut »

« je prends les choses comme elles viennent »

« je me sens capable de gérer plusieurs choses à la fois »

« je me demande rarement si tout ça sert vraiment à quelque chose »

« chaque chose en son temps »

« je suis auto-discipliné »

« je peux envisager les choses sous plusieurs angles »

« ma vie a du sens »

« je ne m'attarde pas sur des choses sur lesquels je ne peux rien faire »

« quand je suis dans une situation difficile, j'arrive à m'en sortir »

1.3.3.1. Savoir créer du lien

Entourés par l'orthophoniste, Arthur et Julien ont su progresser au niveau relationnel, créer un lien entre eux et tisser une relation faite d'entraide et de complicité. Il se définissent comme étant des « copains » et n'hésitent pas à partager lorsqu'ils se retrouvent le déroulement de leur journée, leur intérêt commun pour certains jeux etc. Chacun est au courant de la situation difficile vécue par l'autre et essaie d'y apporter du réconfort. Ainsi, à l'item « je peux surmonter des épreuves

difficiles car j'ai connu des choses difficiles », Arthur répond « *moi oui. Mon père il est resté avec nous 20 mois quand il était malade ; il est allé à l'hôpital 5 mois et il est resté à la maison 15 mois.* » Julien explique alors « *et après il est mort. Il est dans les anges.* »

Les séances d'orthophonie sont un espace libre de parole où chacun exprime spontanément des choses parfois bouleversantes. La mise en place de cet espace a été possible car chacun a rencontré un écho à ce qu'il traversait et l'orthophoniste a pu renvoyer des feed-backs à chacun, les considérant comme des individus agissant sur le groupe. Ainsi des relations stables entre les enfants ont pu être construites et l'apprentissage de la sociabilité renforcé.

L'échange suivant témoigne bien de la création de cet espace libre de parole, fondateur de liens :

Alors qu'Eléna était encore présente dans le groupe et qu'elle suçotait une croix qu'elle portait en pendentif autour du cou, Arthur lui lance :

« *Arrête de manger ta croix, une croix c'est fait pour prier. Moi je prie tous les jours parce que mon papa il a une maladie très grave.* »

Julien : « *ah ouais ton père il a un cancer.* »

Arthur : « *non c'est une tumeur, il a un truc très grave dans la tête qui peut pas se guérir.* »

Eléna : « *moi je prie pour mes parents qui sont au Brésil. Ils étaient trop pauvres pour me garder.* »

Julien : « *Et moi mes parents sont séparés mais mon père il veut pas partir.* »

En dehors du cabinet de l'orthophoniste, Arthur et Julien ont établi des relations harmonieuses avec d'autres enfants de leur âge. Ils ont tous les deux de bonnes compétences communicatives et savent s'adapter selon le contexte et l'interlocuteur. Julien rapporte avoir deux copains et me confie même un jour, avoir invité une fille à jouer avec lui. Arthur en revanche a besoin d'être rassuré sur ses capacités à être aimé et apprécié des autres.

Voici un autre échange :

Arthur : « *Les autres enfants ne m'aiment pas. J'ai que un seul copain. Et le directeur l'autre jour il est venu me parler.* »

Orthophoniste : « *Je ne pense pas que les enfants ne t'aiment pas. Mais parfois ils peuvent être jaloux parce que le directeur, comme il connaissait bien ton papa, il est gentil avec toi. Et les enfants sont peut-être jaloux parce que d'habitude quand le*

directeur vient, c'est plutôt pour gronder les enfants que pour leur dire des choses gentilles... Mais les autres enfants ne savent pas que ton papa est décédé, la maîtresse ne leur a pas dit n'est ce pas ? (Arthur confirme) Mais il ne faut pas penser que les autres enfants ne t'aiment pas, c'est pas vrai ,d'accord ? »

Les différents exercices formels et fonctionnels sont l'occasion pour Arthur d'exprimer ses craintes et pour l'orthophoniste de les atténuer en renforçant sa conviction d'être aimé.

1.3.3.2. Le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi

Le sentiment d'efficacité personnelle résulte de l'ensemble des compétences acquises par le sujet au cours de ses expériences antérieures et grâce auxquelles il peut réaliser et contrôler une tâche. Pour y arriver, il doit être capable de mobiliser différentes ressources. Pendant et après la réalisation d'une tâche, le sujet s'auto-évalue et vérifie que les résultats obtenus correspondent bien aux objectifs qu'il s'était fixés. Il apprécie également la manière dont il a répondu aux attentes d'autrui. Le sentiment d'efficacité personnelle dépend donc de l'appréciation et des jugements d'un sujet sur ses propres aptitudes et compétences. Il est capital de comprendre cette notion car elle influe sur les comportements, surtout ceux présents en cas de d'échec. Le niveau de persévérance d'un individu sera moindre si son sentiment d'efficacité personnelle est faible, a contrario un sentiment d'efficacité personnel fort induira une personnalité combative et déterminée.

Au cours des différentes séances et à travers les exercices proposés, choisis de manière à augmenter la difficulté graduellement, Arthur et Julien ont compris qu'ils pouvaient accomplir des choses positives et ne pas rester cantonnés à l'échec vécu en classe.

Cet échange corrobore cette idée :

« Est ce que vous avez appris à savoir que vous êtes forts ici, dans le cabinet d'orthophonie? »

« Julien : oui, parce qu'on travaille bien. »

« Arthur : moi oui, ça c'est sûr. »

[...]

« Tout à l'heure, on a dit que vous étiez quand même des garçons très forts. On est d'accord avec ça. Et ça, le fait de savoir que vous êtes très forts, est-ce que ça vous

aide? Est-ce que la confiance en vous, ça vous aide pour surmonter les épreuves difficiles? »

Julien : *« bah oui, ça donne du courage »*

Arthur : *« ah ça oui. »*

Ils ont également appris à s'auto-réguler et à contrôler les résultats qu'ils obtenaient pour mieux juger de leur efficacité. Le renforcement positif a permis de consolider leur estime de soi et de leur apprendre la persévérance face aux difficultés. Le transfert au niveau scolaire a ainsi pu se faire plus facilement. Ainsi, à l'item *« Je suis fier de ce que je fais »*, voici leurs réponses :

Julien : *« oui, parce que par exemple quand j'ai un contrôle et que j'ai 20 sur 20, je suis fier. »*

Arthur : *« oui moi aussi j'étais très fier quand j'ai eu un très bien à la poésie. J'ai travaillé toute la journée et j'étais fier de moi. »*

De même, les deux garçons ont répondu positivement aux items *« j'ai de l'admiration pour ce que je suis. »* et *« je suis assez fort pour faire ce que j'ai à faire. »*

1.3.3.3. La persévérance

La persévérance découle de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle mais elle concerne également le sentiment d'être impliqué et l'auto-discipline.

Arthur et Julien ont répondu positivement aux items *« je me débrouille toujours d'une manière ou d'une autre pour réussir les choses »* et *« je suis déterminé. »*

A l'item : *« quand je fais des projets, je m'y tiens / quand je décide de faire quelque chose, je vais jusqu'au bout des choses »*, les garçons ont répondu :

Julien : *« ah oui! Parce que moi par exemple, dès que je lis un livre je lis tout le livre, je le finis jusqu'au bout. »*

Arthur : *« moi aussi! Complètement d'accord. »*

Examineur : *« ou par exemple décider d'avoir une super note à l'école...ou ... »*

Arthur : *« ah oui, ça j'aimerais bien mais pour ça, il faut apprendre, apprendre... »*

A l'item : « je m'oblige parfois à faire des choses même si je n'en ai pas envie », leurs réponses sont :

Julien : « *ah oui! Parce que pour aller à l'école le matin, eh ben j'ai pas envie de le faire mais je suis obligé. Parce que c'est tôt 8h...* »

Arthur : « *moi je me lève à 7h30.* »

Julien : « *moi aussi, parce que je dois aller chez ma mémé et c'est ma mémé qui m'emmène.* »

Arthur : « *toi t'es pire que moi alors. Moi je me prépare et je vais directement à l'école. C'est toujours moi qui arrive le premier.* »

Examineur : « *et même si vous n'avez pas envie de vous lever vous le faites quand même.* »

Julien : « *c'est obligé. Oui mais parce que le matin il fait froid, et nous, on est bien sous la couverture.* »

Julien et Arthur comprennent tous les deux l'importance d'accepter les contraintes et de les surmonter, dans une perspective de vie équilibrée. La persévérance s'observe ici dans les exemples donnés par les deux garçons (finir un livre, avoir une bonne note à l'école...) et les moyens qu'ils y mettent pour y parvenir (lire, apprendre...).

1.3.3.4. L'équanimité

On parle d'équanimité dans le cas d'une perspective équilibrée de sa propre vie et de ses expériences. C'est la capacité à considérer une plus large gamme d'expériences, de relativiser, de prendre les choses comme elles viennent et donc de modérer les réponses extrêmes face à l'adversité.

Julien et Arthur sont capables de considérer ce qu'ils ont vécu avec du recul, ce qui leur permet d'apprécier dans une perspective plus large les événements auxquels ils ont été confrontés. Par exemple, Arthur nous dit un jour « *Catherine (son orthophoniste), elle avait raison de me faire redoubler pour mieux travailler après. Parce que c'est Catherine qui a dit à maman « il faut qu'Arthur redouble, il [en] a besoin...* ». *Alors j'ai redoublé et maintenant je sais mieux.* »

Julien nous dit ensuite que lui aussi a redoublé. Nous leur demandons si ça les a aidé, et Julien nous répond « oui, mais c'est la vie. » Arthur renchérit alors « c'est la vie, c'est comme ça. »

A l'item : « ce n'est pas grave si certaines personnes ne m'aiment pas », les garçons ont répondu :

Julien : « bof, parce que moi, j'ai aucune personne qui ne m'aime pas parce que moi je suis sportif, je joue avec eux quand ils me demandent... »

Examineur : « oui mais parfois, certaines personnes n'en apprécient pas d'autres, ça arrive... »

Julien : « mais c'est pas grave si y a des personnes qui nous aiment pas, parce que c'est leur choix, on peut pas toujours aimer. »

1.3.3.5. Les ressources et l'équilibre

Les ressources personnelles et l'équilibre environnemental sont des éléments importants du processus de résilience. Julien et Arthur font tous deux preuve d'ouverture d'esprit et de curiosité intellectuelle. Ils sont tous les deux entourés par des mamans présentes et attentionnées qui assurent un environnement aussi stable que possible, malgré les épreuves familiales traversées.

Aux items « *je m'intéresse aux choses* », et « *m'intéresser à ce qui m'entoure est important pour moi* », Julien répond : « *carrément d'accord. Moi ça m'intéresse de lire, des trucs dans le genre...Et je m'intéresse plus aux personnes qu'aux choses.* » et Arthur : « *oui moi aussi* ».

A l'item : « *je compte avant tout sur moi même plus que sur n'importe qui d'autre* », Julien répond : « *moi mon père, il est tout le temps soûl alors je compte plus sur ma mère « de » le virer. Parce qu'ils sont déjà divorcés, mais il reste.* »

A l'item : « *je peux surmonter des épreuves difficiles parce que j'ai vécu des choses difficiles* », voici la réponse de Julien :

Julien : « oui, parce que j'ai « souffri » aussi. Parce que je souffre encore, parce que y'a encore papa à la maison [...] Moi ça va mais c'est encore difficile, parce qu'il ne veut pas partir. »

Les deux enfants donnent du sens à leur récit et par là même maîtrisent la douleur liée à la perte et aux circonstances compliquées. L'environnement proche qui les entoure (mère , école, orthophoniste...) les soutient dans leurs apprentissages tout en leur fournissant un espace libre de parole où ils peuvent s'exprimer. En lien avec les différents intervenants, Arthur et Julien mettent en place des ressources

personnelles et environnementales qui leur permettent d'avoir une vie la plus équilibrée possible.

1.3.4. Conclusion

Nous retrouvons, dans les réponses apportées à la «Resilience Scale» ainsi que dans nos observations, des personnalités que nous pourrions qualifier de résilientes. En effet, malgré les situations difficiles vécues par les deux enfants, ils font preuve de compétences sociales, de persévérance, ont de l'estime pour eux-mêmes et ont des ressources personnelles et familiales satisfaisantes. C'est autant d'indices expliquant leurs capacités à réussir et à se développer positivement.

1.4. GROUPE MAMAN/ENFANT«L'envol»

1.4.1. Présentation du groupe

Le groupe «L'envol» a lieu une fois tous les quinze jours dans les locaux d'un Centre Médico-Psychologique. Il dure une heure. Les intervenants se réunissent immédiatement après, pendant quarante-cinq minutes, afin d'effectuer une synthèse clinique. Les professionnels qui y interviennent sont au nombre de trois : une orthophoniste et deux psychologues. Ils sont assistés par une stagiaire orthophoniste et une stagiaire psychologue.

Le groupe est composé de trois enfants avec leur maman respective.

La salle accueillant le groupe comprend:

- un espace avec un tapis de sol et des jeux divers (personnages, animaux, cubes, livres etc)
- un espace avec des chaises disposées autour d'une table
- une grande table derrière les chaises

Les mères comme les enfants ont libre choix de s'installer et de se déplacer à leur guise dans la salle.

L'indication du groupe est donnée après une consultation élargie comprenant plusieurs professionnels : psychologue, psychiatre, orthophoniste, psychomotricien... Nous avons participé à ce groupe trois fois : l'étayage de la relation mère/enfant et l'étayage de l'enfant lui-même en sont les principaux objectifs.

1.4.2. Les enfants du groupe

Le groupe accueille trois enfants qui ont tous entre trois et quatre ans : Cyril, Yann et Elliott, accompagnés de leur mère respective. Yann et Elliott sont scolarisés en maternelle et Cyril va deux fois par semaine dans une garderie. Ces trois enfants présentent un tableau de troubles envahissant du développement. Les difficultés relationnelles qui en découlent sont la cause de leur présence dans le groupe.

La première fois que nous assistons au groupe, Elliott est absent. La deuxième fois, c'est Yann qui est absent, sa mère nous ayant fait part de ses difficultés à l'accompagner au groupe la fois précédente. La troisième fois, tous les enfants sont présents.

1.4.3. Le rôle des professionnels au sein du groupe afin de faciliter l'attachement

L'attachement étant un des prémices à la résilience, nous allons voir comment aider à la consolidation de ce processus auprès de mères d'enfants atteints de pathologie entravant la relation.

1.4.3.1. La modification des représentations qu'ont les mères de leur enfant

Les mères présentes dans le groupe, du fait des difficultés de leur enfant, ont du mal à comprendre et à percevoir où se situe leur enfant en terme de progrès et d'apprentissage. Ainsi, la mère de Cyril nous explique que son enfant ne fait pas « *comme les autres* », c'est-à-dire comme les enfants de la garderie dans laquelle Cyril est présent deux fois par semaine. Elle dit : « *quand je vais le chercher, il est à part, il ne chante pas les comptines.* » Ce constat la renvoie à son propre échec de ne pas avoir fait un enfant « *comme les autres* » et l'empêche de fournir à Cyril des stimulations adaptées à son niveau lors des interactions.

Il est un moment où l'enfant est en deçà du niveau où on l'attend et où la mère n'arrive pas à s'adapter et à revoir ses exigences à la baisse vis à vis de l'enfant. Les réponses et stimulations fournies à l'enfant ne sont alors plus adéquates et tout progrès n'est plus vécu comme tel puisqu'il n'est pas conforme aux attentes de la mère. L'objectif est donc de révéler les potentialités de l'enfant et d'aider la mère à les percevoir pour qu'elle puisse s'y ajuster. Il s'agit de renouer avec la surprise, d'avoir des attentes positives et de s'inscrire dans une dynamique de progrès et d'espoir.

A un moment donné, Cyril et Yann se dirigent vers la grande table où sont disposés des feuilles et des crayons. Spontanément, la mère de Yann dit « le dessin, ce n'est pas sa tasse de thé. Ça ne va pas marcher. » La mère de Cyril la rejoint sur ce point. Or, finalement, les deux enfants, entourés et encouragés par les professionnels, maintiennent cette activité graphique. Les mères sont témoins des progrès de leur enfant de manière concrète. Elles voient qu'ils peuvent réaliser des choses devant elles et avec elles. Cela entraîne la modification des représentations qu'elles ont de leur enfant afin de les percevoir comme des êtres en développement, avec leurs difficultés mais surtout avec leurs émergences et leurs capacités.

L'adaptation au niveau de l'enfant par la mère se fait aussi par imitation des professionnels. Par exemple, lorsqu'une mère voit l'orthophoniste faire une tour de

cubes avec son enfant, elle l'entend également verbaliser la couleur des cubes, les actions effectuées pour mettre en place cette tour, les jeux de tour de rôle pouvant être mis en place dans ce cadre etc. Ainsi, on montre aux parents que leur enfant, soumis à des stimulations adaptées, peut réussir des choses et qu'un autre regard est possible.

1.4.3.2. Encourager toute forme de communication

Cyril tient toujours à la main un journal qu'il aime feuilleter. Sa mère trouve cet objet intrusif et l'enlève souvent brutalement, ce qui occasionne une angoisse chez Cyril qui se met à pleurer. Les professionnels montrent alors que le journal peut être un médiateur entre la mère et son enfant, qu'il contient beaucoup d'images et que l'on peut pointer les images, parler dessus, faire des associations d'images ou d'objets avec, utiliser la gestuelle etc et donc communiquer. Ainsi, la mère est encouragée à cesser de voir cet objet comme négatif car indicateur de son intérêt restreint et pathologique pour une chose unique mais de s'en servir pour entrer en interaction avec son enfant.

De même la mère de Yann nous dit : « j'ai l'impression qu'il ne comprend pas, c'est pour ça que je ne lui parle pas. ». Il est alors important d'expliquer qu'accompagner les actes avec les mots pour justement soutenir cette compréhension et apporter du sens à ce que vit l'enfant.

De même, Cyril vocalise beaucoup et l'orthophoniste réagit à ses vocalises en les interprétant et en leur donnant à la fois une forme et un sens

Tout ce qui facilite les interactions (mimiques, échange de regards, sourires et vocalises, tours de rôle, attention conjointe, pointages...) est encouragé et les progrès observés sont verbalisés auprès des mères, afin de réhabiliter une communication maman/enfant optimale. Les activités sont simples et ludiques comme des jeux de coucou/caché, des comptines connues, des tours de rôle avec une balle, des dessins, pour qu'elles soient spontanément reproductibles à la maison par les parents. On renvoie ainsi l'image que tout est support à activités et à interactions et que même des choses basiques peuvent se révéler être sujets d'échanges et de communication avec leur enfant.

1.4.3.3. Restaurer la parentalité

Les enfants présents dans ce groupe ont des troubles de la communication tels que la relation mère/enfant en est perturbée. Savoir valoriser ce que fait le parent pour lui restituer un sentiment de compétence est primordial car l'enfant ne lui renvoie justement pas ce sentiment.

Les mères sont encouragées à jouer avec leur enfant et, lorsque c'est le cas, les professionnels gratifient ces initiatives par des réflexions sur les progrès aperçus lors du jeu, par des interprétations positives sur leur manière de jouer etc.

Alors que la mère de Cyril parlait avec un des psychologues, Cyril s'agitait partout et ne maintenait aucune activité plus d'une minute. Puis, Cyril est venu chercher sa mère en la tirant par la main. Elle l'a conduit sur le tapis de jeu et ensemble, ils ont alors construit une tour. Elle lui tendait les legos, qu'il prenait un par un pour construire la tour. Ce jeu a été l'occasion de montrer à la maman qu'elle a trouvé le moyen d'entrer en interaction et de faire quelque chose avec son enfant et qu'elle a également réussi à orienter son attention pendant une durée longue. Rassuré par la présence de sa mère, nous avons ensuite pu intervenir et instaurer un tour de rôle « un lego mis par toi/un lego mis par moi ». Cela a bien sûr été verbalisé auprès de la maman à qui l'on a expliqué l'importance de ce jeu et des progrès de Cyril: respect du tour de rôle, attention conjointe, attention soutenue, regard très présent, appréhension du sens de l'équilibre etc.

Le fait de verbaliser les progrès et l'évolution des enfants d'une séance à l'autre permet également de restaurer le parent dans son sentiment de compétence envers son enfant. En effet, c'est le parent qui passe la majeure partie du temps avec son enfant et les regards professionnels objectivent tous les quinze jours les progrès réalisés. Les différentes réussites des enfants ainsi que les signes d'amélioration de la qualité de la relation mère/enfant sont pointés.

Les premières fois où Yann a assisté au groupe, il se jetait parfois sur sa mère pour la taper. Celle-ci n'opposait qu'une mince résistance et n'enjoignait pas par la parole son fils à s'arrêter. Petit à petit, la mère de Yann a appris à répondre à l'agressivité de son fils, d'abord en anticipant avec ses gestes les mouvements de son fils puis en exprimant verbalement un refus. Les professionnels ont parlé de ces changements de comportement et de l'harmonisation de la relation mère/enfant qui en a résulté.

Au fil du temps, Cyril accroche plus le regard des adultes et s'intéresse davantage à ce qui se passe lors du groupe. Comme les activités sont reprises d'une séance à l'autre, la mère peut plus facilement se rendre compte des progrès de son fils, progrès verbalisés par les différents professionnels.

1.4.4. Conclusion

Ces différents éléments que sont la modification des représentations qu'ont les mères de leur enfant, la restauration de la parentalité et l'encouragement des différentes formes de communication ont pour but de favoriser un attachement dit «sécure» et de réhabiliter un lien mère/enfant entravé par la pathologie. L'orthophoniste a son rôle dans la facilitation des processus d'attachement et à ce titre, dans le processus de résilience.

2. Conclusion des cas cliniques

Ces différentes expériences d'intervention nous ont montré qu'il était possible en tant que soignant de se servir de notre position privilégiée pour favoriser le processus de reconstruction et ainsi devenir tuteur de résilience. Nous nous inscrivons dans une relation d'aide et nous devons être capable de reconnaître les prémices de la résilience chez certains patients et d'insister sur les situations qui vont favoriser sa mise en place. Car, comme nous l'avons souligné précédemment, la résilience n'est pas à considérer comme un processus naturel, elle découle d'une interaction entre les ressources internes et le soutien de l'environnement. Par ailleurs, que se soit en groupe ou en individuel, nous avons fait l'expérience du caractère indispensable d'une prise en charge globale et d'une collaboration interprofessionnelles. Nous avons ainsi essayé de contribuer au maillage complexe de la résilience : en révélant les facteurs interpersonnels des patients, en agissant sur les facteurs familiaux (grâce à notre travail auprès des familles) et en contribuant à développer les facteurs environnementaux (grâce au travail de collaboration au sein des CMP).

Discussion

1. Rappel des hypothèses de départ

Nos hypothèses de départ étaient les suivantes:

1- L'attachement étant un des prémices à la construction d'un processus de résilience, la rééducation de l'orthophoniste, en intervenant pour faciliter les interactions parents/enfant est un des facteurs permettant que ce préalable qu'est l'attachement soit mis en place.

2- L'orthophoniste participe à la mise en place d'éléments favorisant la résilience par le développement de ressources personnelles chez son patient, comme l'estime de soi et l'autonomie, afin de contribuer à la création de lien et à l'adaptation sociale.

3- La rééducation orthophonique étant axée sur le langage, l'orthophoniste permet à l'enfant d'avoir une communication la plus optimale possible et par ce biais favoriser le lien avec d'autres personnes et donc trouver des tuteurs de résilience.

4- A travers les différentes activités proposées à l'enfant en séance, basées sur les versants formels ou fonctionnels, l'orthophoniste est amené à établir une relation thérapeutique fondée sur l'empathie et la confiance réciproque. Cette relation amène l'enfant à s'étayer sur l'orthophoniste devenu tuteur de résilience.

2. Critique méthodologique

2.1. Les limites de notre méthode

Il faut noter tout d'abord que la résilience s'observe davantage sur une étude longitudinale. Nous n'avons observé nos patients que sur une période de sept mois, ce qui ne nous permet pas d'affirmer qu'ils sont résilients. En effet, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, la résilience est un processus complexe qui se développe au travers d'un maillage entre différentes ressources, tout au long de la vie. Ainsi, il aurait fallu prolonger nos observations sur plusieurs années et voir le devenir à l'âge adulte de nos patients. D'autant que la résilience n'est jamais acquise définitivement, il peut y avoir des arrêts, des nouveaux départs, des rechutes.

Cependant, face aux limites de notre méthode de travail, nous avons choisi de nous centrer davantage sur le caractère résilient de nos patients que sur l'affirmation d'une résilience future. Il convient donc de comprendre nos résultats comme la mise en évidence de traits et comportements résilients qui peuvent être favorisés par notre comportement en tant que tuteur de résilience.

Précisons que ce n'est pas parce que nous ne pouvons prédire la résilience chez nos sujets qu'ils ne peuvent pas à un moment de leur vie adopter un comportement résilient.

Nous pouvons également critiquer le caractère non quantifiable de notre étude. En effet, nous n'avons pas eu recours à des outils de mesure normés et standardisés. La Resilience Scale que nous avons utilisée pour Arthur et Julien n'est pas validée et est normalement conçue pour des adolescents. Nous sommes donc davantage dans une démarche qualitative, ce à quoi sont soumises la plupart des études sur la résilience. Cependant, notre bagage théorique et nos références aux outils de mesure sur la résilience nous ont quand même permis de ne pas nous fonder uniquement sur des observations subjectives et d'avoir une ligne directrice.

Cela soulève le problème de la mesure de la résilience, quels en sont les critères ? Devons-nous nous appuyer sur la réussite sociale, la qualité de vie, les compétences personnelles ou l'intégration sociale et familiale ? Ces questions sont actuelles dans les recherches sur la résilience, le concept est encore récent ce qui explique que certaines notions soient encore floues. A la suite de notre étude, nous pouvons affirmer qu'il ne serait pas juste de se référer à un critère unique et qu'il est indispensable d'observer l'individu à la fois au travers de ses ressources personnelles, mais aussi sociales et familiales. Nous pouvons noter à cet effet que les mesures de la résilience se fondent encore trop sur les ressources personnelles et ne prennent pas assez en compte l'individu dans son entourage social et familial.

Il est également important de stipuler les écueils pragmatiques auxquels nous nous sommes trouvées confrontées. Ainsi, les séances de groupe ont tardé à se mettre en place (seulement à partir du mois de février) et ont subi de nombreux remaniements. Nous avons dû faire face à des reports de dates, puis à l'annulation du groupe initial dans lequel nous étions censées intervenir. Par ailleurs, une fois les groupes mis en place, il a fallu s'adapter aux absences de certains patients. Cela a notamment participé à réduire le nombre de séances et nous a donc contraintes à constituer nos observations uniquement sur quatre séances pour certains groupes

(comme pour celui de Marc et sa mère par exemple). Par ailleurs notre volume horaire et nos obligations de présence sur d'autres lieux de stage nous rendaient souvent l'accès difficile aux réunions de synthèse du CMP ou aux réunions au sein des écoles.

Notre position de stagiaire nous a aussi parfois desservi lors de nos expériences cliniques, surtout en ce qui concerne les suivis individuels. En effet, il a été difficile de s'immiscer au sein d'une relation déjà installée entre l'orthophoniste et son patient et de réussir à établir une relation de confiance avec le sujet. Nous étions dans un premier temps dans une position d'observateur avec la crainte de perturber la relation thérapeutique. Ces enfants sont particulièrement sensibles et n'accordent pas facilement leur confiance, il a donc fallu leur laisser du temps à s'habituer à notre présence et pour tolérer notre participation lors des séances. Cela fut par ailleurs très formateur car c'est ce qui nous a permis d'apprendre à instaurer un climat de sécurité et d'avoir suffisamment d'empathie pour sentir à quel moment le patient était prêt à entrer en relation avec nous.

Nous avons dû gagner la confiance des patients à la fois grâce à une neutralité bienveillante et au secret professionnel mais aussi grâce à nos compétences professionnelles. En effet, le statut de stagiaire a eu tendance à nous décrédibiliser aux yeux des patients et comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, le crédit que le patient nous accorde se développe aussi grâce à la confiance du patient dans le savoir du professionnel.

Notre dernier point critique concerne la représentativité de notre étude. En effet, même si nos observations ne se cantonnent pas à une seule étude de cas, nous n'avons pas pu intervenir sur un nombre suffisamment important de patients pour étendre nos résultats à toute une partie de la population. Cependant, nous avons veillé à sélectionner des patients représentatifs de milieux différents. En effet, Julien et Arthur viennent de milieux favorisés, alors que Salim et Marc viennent de milieux précaires.

Au sein d'un même milieu, nous avons également relevé des disparités : ainsi la mère de Marc est très présente et volontaire alors que l'entourage de Salim est plutôt hostile, à la fois face aux institutions et envers Salim. Il n'y a que dans cette situation précise où nous avons craint une interruption du suivi : suite au signalement

de maltraitance du CMP Salim n'est effectivement pas venu pendant deux semaines. Dans les autres cas toutefois nous notons que les patients étaient assidus et bien entourés.

2.2. L'outil de mesure de la résilience utilisé : la Resilience Scale

Les différentes échelles de mesure de la résilience permettent de mettre en avant certaines particularités des personnes résilientes. Ainsi, on constate l'importance d'un certain contrôle des émotions, d'une routine de vie équilibrée mais également la prégnance d'un esprit positif (humeur joyeuse, optimisme etc) et d'une bonne adaptation sociale.

Nous avons fait le choix de faire passer à Arthur et Julien la Resilience Scale de Wagnild et Young. En effet, cette échelle nous a paru prendre en compte assez d'éléments pertinents permettant de faire émerger ou non des caractéristiques résilientes chez ces enfants. En revanche, plusieurs questions quant à ce choix méthodologique peuvent être soulevées.

Tout d'abord, la littérature insiste sur l'importance de l'environnement familial et social dans le processus de résilience. Ainsi, la cohésion familiale, scolaire, les ressources sociales engagées auprès de l'enfant sont autant d'éléments favorisant ce processus et devant être considérés pour pouvoir réellement apprécier le facteur résilient. Or, il n'y a aucun item mettant en avant cette problématique dans la Resilience Scale de Wagnild et Young.

De plus, cette échelle était initialement en anglais et prévue pour des adolescents. Nous l'avons transcrite en français (annexe 2) et, au vu de la traduction effectuée, nous n'avons pu faire passer à Arthur et Julien seulement 15 items sur les 25 prévus au départ. En effet, certains items nécessitaient un certain recul et des capacités d'introspection que des enfants de dix ans ne possèdent pas. Nous ne pouvons donc pas affirmer pleinement leurs capacités de résilience mais seulement mettre en avant les éléments présents dans leurs réponses qui favorisent ces capacités.

Enfin, nous pouvons nous poser la question de la pertinence de la mesure de la résilience en elle-même. En effet, l'idée de développer un outil de mesure de

résilience en tenant compte uniquement des propos des enfants pose la question de la crédibilité et de l'objectivité des réponses. Pour avoir une vision des choses la plus large possible, il aurait fallu croiser les points de vue avec l'entourage des enfants, à savoir leur famille et les personnes présentes dans leur environnement scolaire. De plus, cette échelle contient les éléments descriptifs de la résilience comme l'optimisme, l'adaptation sociale, l'humour etc mais les mécanismes et le fonctionnement psychique des patients n'apparaissent pas dans cette grille. On peut donc se questionner sur la part à prendre en compte des mécanismes psychiques dans l'évaluation de la résilience.

Nous pensons donc que l'échelle de résilience doit pouvoir être appréciée en prenant de la distance par rapport à l'analyse que l'on peut en faire. Son intérêt repose sur la réflexion à laquelle elle incite. En effet, elle entraîne le rééducateur à penser sa rééducation et à l'adapter au delà des repères normatifs classiques mais en tenant compte du patient dans sa globalité, avec son parcours, sa personnalité, ses compétences et ses potentialités.

3. Les problématiques émergentes

Nous allons aborder ici les réflexions que nous ont inspirées nos recherches sur la théorie de la résilience.

3.1. Les limites de la théorie de la résilience

La théorie de la résilience est relativement récente et parfois utilisée à tort. Il faut veiller à ce que l'idée de pouvoir s'émanciper de sa souffrance, d'avoir la capacité de rebondir suite à un malheur ne bascule pas dans un optimisme primaire. En effet, il serait simpliste de penser que nous avons tous en nous cette faculté et qu'il suffirait d'en prendre conscience pour se remettre d'un traumatisme, il est nécessaire de savoir nuancer la théorie de la résilience et ses mécanismes. Rappelons qu'elle est le résultat d'un maillage complexe entre les ressources internes, les facteurs familiaux et socio-environnementaux et qu'elle n'est jamais acquise définitivement.

Il convient d'être vigilant de ne pas faire de la résilience un impératif, au risque de stigmatiser ceux qui n'y accèdent pas. Les dérives sociales et politiques sont également un danger car face à cette théorie il serait tentant de ne plus laisser de place au malheur et de faire de la résilience un but à chaque événement tragique.

De plus, il y a un risque de banalisation de la souffrance, car cela peut amener à considérer que le malheur n'est que temporaire et qu'il aboutira à un rebondissement, or l'étape de la douleur est primordiale face à un événement tragique et la résilience ne l'abolit pas. Le risque étant que l'optimisme de la résilience se fasse au détriment de traitements (médicamenteux ou thérapeutiques) qui se révèlent être nécessaires dans certaines situations. La résilience n'est pas une solution au malheur, mais une alternative possible. Cela pose également la question de la place de troubles tels que l'anxiété ou la dépression au sein d'un processus de résilience. Ces réactions fréquentes à la suite de traumatisme peuvent persister au cours de l'existence, est-ce que cela exclut la notion de résilience ?

Nous pouvons également nous interroger sur le fait que la résilience pourrait ne plus laisser de place au malheur, or parfois certains individus ont besoin de s'identifier à leur souffrance. C'est ce que Lacan appelle le fait de « jouir de son symptôme ». La douleur peut se révéler être une sorte de cocon dans lequel l'individu se réfugie et qu'il utilise pour se construire. Nous pouvons faire le parallèle avec les patients bègues que nous recevons en orthophonie : il est fréquent qu'au moment où ils sentent qu'ils se délestent de leur bégaiement ils éprouvent une certaine réticence car ils se sont toujours définis comme personne bègue et éprouvent une crainte à abandonner leur symptôme. Il arrive que des personnes s'attachent à leur souffrance ou à leur trouble et en font un repère dans leur vie.

Par ailleurs, les marqueurs de résilience sont encore à préciser et restent variés, cela pose le problème de savoir ce qu'est la résilience pour chacun. En effet, nous avons vu qu'elle se mesurait presque exclusivement sur des capacités internes telles que la tempérance des émotions, l'indépendance, la prise de distance, l'optimisme, la sociabilité...Cependant, une personne peut se définir comme résiliente grâce à une certaine réussite sociale par exemple et ne posséder aucune de ces capacités. Par exemple, Picasso qui a souffert d'une enfance désastreuse, s'est illustré au travers de sa carrière de peintre et de sa réussite sociale. On peut pour cela le qualifier de résilient, mais il semblerait qu'en privé il ait été un despote insensible vis-à-vis des membres de sa famille.

En ce qui concerne les échelles de résilience, il faut préciser qu'elles n'existent à ce jour que pour les adolescents et qu'elles n'ont pas encore réussi à recouvrir l'ensemble des facteurs de protections possibles sous un même outil. En effet, il existe de nombreux facteurs susceptibles de participer à la résilience d'un individu et ils sont variables d'un individu à un autre. Par ailleurs, il est à noter qu'il serait dangereux de conférer un caractère prédictif aux facteurs favorisant la résilience. Nous avons vu que l'individu avait une certaine liberté face au malheur grâce à cette théorie, il faut donc veiller à l'inverse à ne pas l'enfermer dans une résilience prédite et certaine car dans ce cas nous retombons dans les travers d'un déterminisme primaire. Il faut percevoir la résilience dans toute sa complexité et l'appréhender comme un processus en perpétuel mouvement.

Notons également qu'il y a dans cette théorie un certain danger à mal interpréter la sensation de victoire que peuvent ressentir certains individus face au malheur. En effet, le fait qu'ils se sentent plus forts après avoir surmonté leur épreuve peut avoir comme conséquence de créer un nouveau signe de puissance dans un monde où les faibles sont exclus. Le raccourci serait de penser qu'il faut vivre un traumatisme pour être plus fort.

Notre expérience clinique et théorique nous a aussi amenées à nous interroger sur le risque qu'il y avait à utiliser une théorie qui relève du domaine de la psychologie en orthophonie. Le but de notre mémoire n'est pas de faire un parallèle entre la profession de psychologue et celle d'orthophoniste, mais de révéler la dimension relationnelle qui est inhérente à notre métier et qui peut être utilisée au profit de la résilience. Rappelons que les deux disciplines se différencient sur leurs objectifs.

L'orthophoniste va aider le patient, à partir de la réalité, à accéder au symbolisme du langage oral et écrit en cherchant à rétablir et améliorer la communication si les troubles du langage l'ont rendue défectueuse. Ce n'est donc pas le bien être de l'enfant qui motive notre rééducation, même si nous nous en soucions, mais le langage.

Le psychologue quant, à lui, aide l'enfant à résoudre son problème psychologique, ce qui le trouble, sans que l'enfant sache forcément de quoi il s'agit. Le langage en psychologie est un médiateur, il permet à l'enfant d'accéder au symbolisme et de dévoiler et de résoudre ses conflits internes.

Les mécanismes sous-jacents de la relation thérapeutique que nous avons évoqués dans notre partie théorique sont davantage analysés et utilisés en psychologie car ils sont renvoyés au patient pour le faire avancer. En tant qu'orthophoniste également et, comme nous l'avons vu, nous pouvons nous appuyer dessus pour favoriser la résilience mais le but de nos rééducations reste la demande et les moyens d'y arriver. Nous avons pour cela tout un bagage technique concret.

Les deux professions sont donc bien différentes, mais nous devons nous informer des avancées dans d'autres disciplines et partager nos connaissances car notre métier se définit comme étant au carrefour de multiples disciplines, dont la psychologie. Soulignons également que lorsqu'un patient arrive dans notre cabinet c'est avec tout son être, toute sa souffrance et son histoire et qu'il n'est pas question de le fragmenter selon le métier que nous exerçons. C'est pourquoi il est essentiel d'établir une collaboration interprofessionnelle et de prendre en charge le patient dans sa globalité.

4. Mise en évidence de l'intérêt de la théorie de la résilience pour l'orthophonie, grâce à notre expérience clinique.

4.1. Réflexions autour de l'intérêt de la résilience dans la prise en charge précoce

Nous avons choisi de suivre Marc et les enfants du groupe maman/bébé avec leur mère respective car nous pensons que l'accompagnement parental est indissociable de la prise en charge précoce du jeune enfant en difficulté. Ainsi, ces prises en charge nous ont confirmé la place des parents en tant que partenaires incontournables des suivis. L'orthophoniste est alors présente afin de les aider à apporter à leur enfant, dans un climat affectif harmonieux, les stimulations qui lui correspondent.

Notre première hypothèse faisait état de l'orthophoniste comme facilitateur des processus d'attachement quand la pathologie de l'un ou l'autre des protagonistes (la mère ou l'enfant) faisait défaut.

Dans le cas des enfants suivis dans le groupe, le travail mis en place a permis de réajuster les perceptions que les mères avaient de leur enfant afin qu'elles puissent leur présenter des stimulations adaptées et construire une relation nouvellement tournée vers des réussites et des progrès. En effet, un attachement harmonieux ne pouvait avoir lieu tant que chacun ne s'était pas ajusté au niveau de l'autre.

Dans le cas de Marc, nous avons fait en sorte de travailler les interactions comportementales, qu'elles soient vocales, corporelles ou visuelles.

Dans ces deux cas de figure, les interactions mère/enfant ont évolué dans leur rythme et leur qualité au fur et à mesure des séances et cela nous indique que les liens d'attachement se sont renforcés. En revanche, nous n'avons pas pu objectiver cela autrement que par nos observations cliniques étayées de nos supports théoriques sur la théorie de la résilience.

De plus, la notion de résilience étant à prendre en compte sur du long terme et dépendant de nombreux facteurs autant personnels qu'environnementaux, nous devons penser que cette étude auprès de Marc, Yann, Cyril et Eliott n'a pas de valeur prédictive quant à une éventuelle future capacité de résilience. En effet, en tant que futures orthophonistes, nous nous sommes attachées à mettre en place un accompagnement parental propice au développement d'interactions harmonieuses et par ce biais, d'un attachement dit «sécure», préalable à la résilience selon la littérature. Les facteurs individuels, familiaux et de soutien social sont également primordiaux pour permettre une éventuelle résilience. Hormis Marc qui bénéficie d'un type de soutien extérieur par le biais du réseau de soignants du CMP, les ressources individuelles décrites (l'estime de soi, le sens de l'humour, l'adaptation sociales etc) et la présence de soutiens externes (enseignants, personnes de la famille étendue etc) n'apparaissent pas de manière significative dans notre étude. Un enfant étant un être en construction évoluant constamment et la résilience un processus s'observant tout au long d'une vie, il serait donc inexact d'attribuer une valeur prédictive à notre étude.

La notion de résilience dans la prise en charge précoce en orthophonie permet de rendre compte et de se questionner sur les tenants et les aboutissants d'une telle prise en charge. En effet, même si l'attachement ne permet pas de prédire une possible résilience, les interactions harmonieuses qui en découlent ont pour finalité de permettre au fur et à mesure une relative distanciation mère/enfant c'est à

dire de donner les moyens à l'enfant de ne pas vivre la séparation de manière traumatique. C'est dans ce processus de séparation que le langage et le jeu symbolique prendront alors une place de plus en plus importante et c'est ce même langage qui lui servira de communication et aidera l'enfant à tisser des liens et à trouver des tuteurs de résilience dans son entourage.

4.2. Réflexions autour de la place de l'orthophoniste en tant que tuteur de résilience

Selon notre quatrième hypothèse, la relation thérapeutique s'élaborant au cours des séances d'orthophonie permettait de considérer l'orthophoniste comme tuteur de résilience. Les cas de Salim, d'Arthur et de Julien illustrent bien cette problématique. En effet, dans ces cas, le suivi orthophonique obéit à plusieurs règles de continuité : une continuité temporelle d'abord puis qu'il s'agit d'un rendez-vous hebdomadaire fixé un jour et une heure précis dans la semaine, une continuité spatiale puisque la séance a toujours lieu au même endroit et une continuité relationnelle puisqu'il s'agit de la même orthophoniste. Ce sont ces repères, parfois peu présents dans l'environnement de l'enfant, qui lui permettent d'évoluer en se sentant soutenu, encouragé, contenu et cadré. Ils sont importants et permettent que les exercices effectués en rééducation prennent sens d'abord dans un contexte précis régi par des règles et des repères pour aller progressivement vers une situation de transfert dans un contexte plus général.

Les enfants présents en orthophonie ont souvent conscience de leurs différences par rapport aux autres et de leurs limites. A travers ces études de cas cliniques, nous pensons qu'il est important d'allier régulièrement à tout travail «strictement» orthophonique des éléments de réassurance afin que l'enfant prenne conscience que sa différence peut être source de richesses et qu'il a des compétences et des capacités grâce auxquelles il est possible d'évoluer et de se développer.

Notre troisième hypothèse se vérifie auprès du cas d'Arthur. En effet, ce petit garçon arrivé à l'âge de trois ans écholalique et jargonnant a su trouver chez l'orthophoniste un espace privilégié qui lui a permis d'évoluer positivement.

Aujourd'hui c'est un garçon qui n'a plus de troubles au niveau pragmatique et qui a su créer du lien avec d'autres personnes pour surmonter les différentes épreuves qu'il a traversées.

En tant que futures orthophonistes nous pensons qu'au delà des techniques de rééducation, il est important de créer un cadre structurant autour de l'enfant et de favoriser les activités propices à la réassurance et au développement de l'estime de soi. Ainsi, l'enfant prend conscience de ses possibilités, quand la pathologie a trop souvent induit en lui des notions de déficits et d'incapacités. Il est nécessaire de pouvoir se construire sous un œil professionnel qui conçoit la rééducation au delà de repères normatifs et favorise une approche globale fondée sur les compétences, les capacités et les émergences de l'enfant.

5. Réflexions et questionnements

Ce mémoire se définit avant tout comme une réflexion autour de l'importance de la relation dans la prise en charge orthophonique afin de souligner la façon dont elle peut être utilisée dans le cadre de la résilience. En effet, quelle place la relation doit elle prendre lorsque l'on sait que le langage sert à la communication, que la communication entre forcément dans le cadre de la relation, condition indispensable à la résilience ? Nous avons vu que la personne qui peut communiquer avec aisance, peut aussi plus facilement demander de l'aide et confier ses difficultés à quelqu'un en qui elle a confiance. Nous avons ainsi agi au cœur de la dimension socio-environnementale du processus de résilience.

Notre étude ne doit pas se cantonner à la profession d'orthophoniste, la résilience favorise la qualité des soins dans toutes les professions médicales. En effet, nous avons vu qu'un des piliers de la résilience est d'aider le patient à trouver en lui ses ressources, or cette idée est primordiale dans la pratique médicale. Le fait de donner davantage d'autonomie au patient et de le rendre acteur de sa prise en charge nous renvoie à l'horizontalité de la relation patient/médecin et améliore la prise en charge.

Cette notion est d'autant plus utile en orthophonie où nous n'avons pas de traitement médicamenteux à apporter au patient et où la réussite de la rééducation dépend avant tout de son investissement. C'est l'idée d' « éducation thérapeutique

des patients » (Chambouleyron et al, 2007) qui met en évidence l'importance pour les médecins d'élargir l'approche biomédicale habituellement enseignée dans les facultés à une approche systémique et psycho-sociale. Ainsi, l'anamnèse ne se centre plus sur un diagnostic biomédical conventionnel dans lequel le médecin se concentre sur les déficits du patient à la recherche de la pathologie, mais intègre également un questionnement sur les ressources du sujet et sur sa manière d'appréhender la maladie. Tout comme dans notre mémoire, les auteurs mettent en évidence le fait que le soignant étant un accompagnateur privilégié de la personne malade, c'est à lui de l'aider à chercher ses ressources et c'est ce qui fait de lui un tuteur de résilience. Nous préconisons une ouverture de toutes les professions de santé, dans le but d'améliorer les prises en charge des patients.

Par ailleurs, notre étude a mis en valeur l'importance de la dimension humaine dans toute prise en charge, qui se traduit au sein de la relation thérapeutique. Sur cette question, Psiuk (2011) met en évidence que « les connaissances en sciences humaines sont devenues incontournables pour tous les professionnels de la santé afin d'agir avec compétence lors des interactions avec le patient ». Ainsi, des travaux ont été faits sur l'impact d'une formation sur la résilience lors de la prise en charge des patients par des médecins et infirmières. Nous posons donc légitimement la question d'une telle formation pour les orthophonistes. Le but ne serait pas de faire une « formation de tuteur de résilience », mais de formaliser plus précisément les habiletés indispensables pour avoir spontanément une attitude de relation d'aide aux patients.

Cette ouverture sur les sciences humaines complète notre vision du métier d'orthophoniste qui se fonde avant tout sur les ressources et capacités internes du patient pour le rééduquer. Nous sommes habitués au sein de prise en charge d'affection de longue durée à révéler au patient ses compétences pour qu'il trouve le moyen de pallier ses déficits. La vision optimiste de la résilience rejoint l'espoir qui caractérise la notion même de rééducation.

Nous nous sommes intéressées dans ce mémoire à des enfants mais la question se pose également au sujet d'adultes devenus aphasiques après un accident vasculaire cérébral ou de personnes âgées victimes de maladie neurodégénérative. Comment des éléments de résilience s'instaurent-ils au sein d'une rééducation orthophonique? Nous avons tenté d'y apporter une ébauche de réponse tout en découvrant une multitude d'autres questions qui ont émergé au

cours de cette étude. Comment un savoir-être entre professionnels se transmet-il ? En quoi la relation en orthophonie aide-t-elle dans le transfert à la vie quotidienne ? Comment se prévaloir objectivement d'être tuteur de résilience ?

Lorsque nous avons débuté notre mémoire, nous nous sommes demandé si la « fonction » de tuteur de résilience n'était pas plus de l'ordre de la psychologie que de l'orthophonie. Cependant, au fur et à mesure de nos rencontres et de l'élaboration de nos études de cas cliniques, nous nous sommes rendu compte que cette fonction faisait partie intégrante de notre profession. En effet, par la relation duelle et les repères que nous mettons en place au fil des séances d'orthophonie autant que par l'apport de nos techniques de rééducation, nous aidons, soutenons et accompagnons le patient comme sa famille à se construire et à évoluer malgré leur pathologie et les événements de vie négatifs. Notre identité professionnelle est respectée puisque ce travail relationnel se fait autour et grâce au langage que nous tentons de réhabiliter.

Par ailleurs, nous ne devons pas négliger l'importance des autres professionnels et du travail en réseau qui, lorsqu'il est correctement mené, apporte cohérence et transdisciplinarité à la prise en charge. Un tuteur de résilience prend son importance au sein d'un réseau d'autres tuteurs de résilience en renforçant ainsi les liens créés autour du patient et de sa famille. Nous aurions voulu rendre compte de façon plus importante du rôle joué par ces différents professionnels et de leur façon de s'articuler pour optimiser la prise en charge.

Ainsi, l'expérimentation a fait émerger de nouvelles questions en lien avec les données théoriques. Il nous a semblé intéressant de les approfondir dans des mémoires ultérieurs. Nous citerons ici quelques problématiques :

- L'apport du groupe de rééducation dans le processus de résilience
- L'action d'information sur le concept de résilience auprès des soignants, et plus particulièrement de dispenser une formation spécifique, adaptée aux orthophonistes
- La résilience chez les adultes aphasiques

La résilience est un concept vaste et complexe, nous encourageons donc toutes les perspectives d'études ultérieures à visée thérapeutique sur ce sujet.

Conclusion

Ce mémoire nous a donné l'occasion d'enrichir notre vision du métier d'orthophoniste grâce à l'apport de la théorie de la résilience. Étant au carrefour de nombreuses disciplines et travaillant avec différents corps de métier, il nous a semblé important de nous tenir informées des évolutions dans d'autres domaines et de nous ouvrir à des théories récentes. Notre étude nous a permis de voir qu'il était possible d'intégrer la notion de résilience dans une prise en charge orthophonique et que cela avait pour but d'améliorer la qualité du suivi.

Nous avons mis en évidence le rôle primordial que peut jouer un orthophoniste en tant que tuteur de résilience. Nous devons garder à l'esprit le fait que notre statut de thérapeute nous confère une place particulière et qu'il faut savoir s'appuyer sur les mécanismes qui se déroulent au sein de l'espace thérapeutique à bon escient. Notre but a été de prouver que nous pouvons grâce à ces deux aspects révéler les ressources internes du patient et l'aider à trouver en lui les moyens de pallier son déficit. C'est cette notion qui relie indéniablement l'essence même de la rééducation orthophonique au processus de résilience.

Nous nous inscrivons dans une optique plus générale de réflexion sur la prise en charge du patient de manière humaine et globale dans le domaine de la santé. Nous avons fait le choix de ne pas aborder l'orthophonie dans sa dimension technique, en analysant les mécanismes sous-jacents d'une relation thérapeutique. Nous avons cherché à voir de quelle manière nous pouvions intégrer le concept de résilience dans la notion de rééducation et établir concrètement une relation d'aide avec le patient. Nous nous plaçons ainsi dans la continuité de l'évolution de la relation thérapeutique qui s'opère depuis la seconde moitié du XXème siècle et qui a tendance à ne plus voir le patient comme un objet et à le valoriser en tant qu'acteur de sa prise en charge.

Nos expériences cliniques et théoriques nous ont également permis d'approfondir le domaine de la prévention grâce aux groupes qui nous ont donné l'occasion d'intervenir directement sur les relations maman/bébé et donc d'intégrer le concept de résilience dans une guidance parentale. Précisons qu'il faudrait maintenant compléter notre étude en observant de quelle manière s'opère le processus de résilience chez les adultes car ils constituent une grande partie de nos patients et peuvent également faire l'expérience de la résilience en surmontant les accidents ou traumatismes qui les affectent.

La notion de résilience est certes à nuancer sur certains aspects et fait encore l'objet de nombreuses recherches, mais il nous semble important qu'elle s'élargisse à différents domaines car elle est très enrichissante et améliore la qualité de soin de toutes les professions de santé où se concentrent la majorité des tuteurs de résilience. Nous encourageons ainsi l'interdisciplinarité et la collaboration de différents professionnels pour améliorer le réseau social et environnemental qui s'articule autour des patients et qui est un facteur important de résilience. La résilience, tout comme la réussite d'une rééducation orthophonique, ne peut aboutir que si le sujet prend conscience de ses ressources internes, ce qui est impossible sans l'aide de tuteurs.

Bibliographie

- ABBOTT A. (1988). *The system of the professions. An essay of the division of expert labor*. Chicago, University of Chicago Press.
- AIACH P., FASSIN D., SALIBA F. (1994). *Crise, pouvoir et légitimité*, Paris, Anthropos.
- ANAUT M. (2005). Regards sur la résilience et la singularité des situations de handicap. *Reliance* 16 : 13-15.
- ANAUT M. (2006). L'école peut-elle être un facteur de résilience ? *Empan* 63 : 30-39.
- ANZIEU D. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris, Dunod.
- BARON L. (2010). *Orthophoniste-patient: de la relation aux émotions (définitions, observations et réflexion)*. Mémoire d'orthophonie. Université de Nantes.
- BEGUIN M. (2002). *Orthophonie et psychothérapie : questions et limites dans la pratique libérale*. Mémoire d'orthophonie. Université de Nantes.
- BEKAERT J., CARON R., MASCLLET G. (2011). Les instruments de mesure de la résilience chez les adolescents ayant été confrontés à un traumatisme : une revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques* n°10, vol. 169: 510-516.
- BERTRAN D. (1997). Les traumatismes psychiques, pensée, mémoire, trace. In: DORAY B. , LOUZOUN C. (Eds.). *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Toulouse, Érès : 37-46.
- BLEGER J. (1996). Cure-type : théorie et pratique, cadre et processus. In : ARFOUILLOUX J.-C. (Eds.). *Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie*.
- BOULANGER C., LANCON C. (2006). L'empathie : réflexions sur un concept. *Annales Médico Psychologiques* n° 164: 497-505.
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004). *Le Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues : Orthoédition.
- BUIE DH. (1981). Empathy : Its nature and limitation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 29: 281-307.
- CABIE M.-C., VASSEUR A. (2005). La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers* 82 : 43-49.
- CHAMBOULEYRON M., LASSERERRE-MOUTET A., VANISTENDAEL S., LAGGER G., GOLAY A. (2007). Un nouveau programme en éducation thérapeutique : former des soignants pour favoriser la résilience des patients. *Pédagogie médicale*, n°4, vol. 8 : 199-206.

- CHASSAGNY C. (1977). *Pédagogie Relationnelle du Langage*. Paris, P.U.F.
- CONSOLI S., KATABI P., PARADIS M. (2008). Les tuteurs de résilience : un outil possible dans le soutien aux enfants dont un parent est atteint de cancer. *La Presse Médicale*, n°12, vol. 37 : 1787-1791.
- CORNILLOT P. (1992). La relation thérapeutique et les médecines parallèles. In : AMEISON J.-C., BERIAC F., BERTIN E. (Eds.). *L'homme et la Santé*. Paris, Seuil : 213-221.
- CYRULNIK B. (2000). *Les nourritures affectives*. Paris, Odile Jacob
- CYRULNIK B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris, Odile Jacob
- CYRULNIK B. (2002). *Un merveilleux malheur*. Paris, Odile Jacob
- CYRULNIK B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Paris, Odile Jacob
- CYRULNIK B. (2005). *Le murmure des fantômes*. Paris, Odile Jacob
- CYRULNIK B. (2010). *Autobiographie d'un épouvantail*. Paris, Odile Jacob
- CYRULNIK B., DELAGE M (2010). *Famille et résilience*. Paris, Odile Jacob
- DANON-BOILEAU L. (1999). « Naissance du langage, naissance de la symbolisation chez l'enfant. » [Société Psychanalytique de Paris, <http://www.spp.asso.fr/Main/ConferencesEnLigne/Items/6.htm>. Consulté le 26/11/2011]
- DARON R., PAROT F. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, PUF.
- DELAGE M., JUNOD A. (2003). D'une éthique de la relation thérapeutique. *Annales médico-psychologiques* 161 : 23-30.
- DUBOIS G. (1990). *Langage et communication*. Paris, Masson.
- DUBOIS G. (2006). *L'enfant et son thérapeute du langage*. Paris, Masson.
- ESTIENNE F. (2002). *La rééducation du langage de l'enfant, savoir- faire, dire, être*. Paris, Masson.
- FREUD S. (1987). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris, Payot.
- FREUD S. (2007). *La technique psychanalytique*. Paris, PUF
- GILLIERON E. (1992). Cadre et processus. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe* 18 : 77-86.
- GREENSON RR. (1960). Empathy and its vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis* 41 : 418-24.
- HABERER C., VOISIN M.-L. (2003). *L'évolution des compétences des orthophonistes*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lyon-1.

- HAESEVOETS Y-H. (2010). Résilience, maltraitance et perspectives thérapeutiques : Revue et approche critique. *Bulletin de l'Action Enfance Maltraitée* 68 : 1-23.
- HEINEMANN P., LITTLE M. (1987). *Le contre-transfert*. Paris, Navarin.
- IONESCU S., JACQUET MM., LHOTE C. (1997). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris, Nathan Université.
- JASMIN A. (2004). «La relation thérapeutique en séance individuelle.» [AIRE, analyse intégrative rêve éveillé <http://www.analyse-integrative-re.com/publications/articles/a-la-cure-article-1>. Consulté le 25/11/2011].
- KREMER J.-M., LEDERLE E. (1991). *L'orthophonie en France*. Paris, PUF.
- LACAN J. (1961). Séminaire du 8 mars 1961. In: KAUFMAN P. (Eds.). *L'apport freudien*. Paris, Bordas.
- LECOMTE J. (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers* 82 : 22.
- LIGHEZZOLO J., MARCHAL S., THEIS A. (2003). La résilience chez l'enfant maltraité « tuteurs de développement » et mécanismes défensifs (approche projective comparée). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* vol.51 : 87-97.
- MANCIAUX M., TOMKIEWICZ S. (2000). La résilience aujourd'hui. In : GABEL M., JESU F., MANCIAUX (Éds.). *Bientraitances: mieux traiter familles et professionnelles*. Paris, Fleurus : 313-341.
- MARTINEAU F. (1996). *De la relation d'aide, définie au cours du bilan entre l'orthophoniste et les consultants*. Mémoire d'orthophonie. Université de Nantes.
- MRAZEK PJ., MRAZEK D., 1987, *Resilience in child maltreatment victims : a conceptual exploration*. *Child abuse negl.* 191 : 357-65.
- MUCCHIELLI A. (1999). *L'identité*. Paris, PUF.
- NAUDIN N. (2006). Un corps à soigner...compassion ou empathie ? *Ethique et Santé* 3 : 121-122.
- PHANEUF M. *La résilience : concept abstrait ou pratique de vie ?* [infiressources http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/La_resilience_concept_abstrait_ou_pratique_de_vie.pdf. Consulté le 30/11/2011.]
- PRIOUX D., RATIER-CROSLARD C. (2009). *La relation thérapeutique en orthophonie : évolution d'une représentation sociale entre la première et quatrième année du CCO*. Mémoire d'orthophonie. Université de Lyon-1.

- PSIUK T., (2011). *Résilience, un concept de qualité pour les soins. Savoirs et soins infirmiers*, 60-495-M-10.
- ROGERS C. (1980). *A way of being*. Boston, Houghton Mifflin.
- ROGERS C. (1986). *Le développement de la personne*. Paris, InterEditions Dunod.
- ROGERS C. (1985). Client-centered psychotherapy. In: FREEDMAN AM., CAPLAN H., SADOCK BJ. (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore : Williams and Wiley, Wikins.
- ROSENTHAL R., JACOBSON L., 1971, *Pygmalion à l'école. L'attente du maître et le développement intellectuel des élèves*. Paris. Casterman.
- ROUDINESCO E., PLON M. (2000). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, Fayard.
- SUTTON N. (1995). *Bruno Bettelheim*. Paris, Stock.
- TAIN L. dir. (2007). *Le métier d'orthophoniste : langage genre et profession*. Rennes : Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- TISSERON S. (2001). L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil? *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 5, n°5:545-458.
- TISSERON S. (2008). La résilience à quel prix ? *Médecine des Maladies métaboliques* vol 2, n°5:524-52.

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : The Resilience Scale (English)

Annexe n°2 : The Resilience Scale (Français)