



**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 :

**Cécile JEULAND**

soutenu publiquement en juin 2016 :

## **Handicap communicationnel et estime de soi, quels liens, quelles stratégies pour l'orthophoniste ?**

MEMOIRE dirigé par :

**Catherine MINNE**, Cadre de Santé et Orthophoniste, Institut de Réhabilitation de la Parole et de l'Audition, Ronchin

**Marie-Pierre LEMOINE**, Orthophoniste, Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, Lille

Lille – 2016

---

## **Remerciements**

Je remercie mes maîtres de mémoire, madame Catherine MINNE et madame Marie-Pierre LEMOINE pour leurs conseils, leur écoute, leur disponibilité et la liberté laissée pour travailler ce sujet.

Je remercie tous les orthophonistes qui ont accepté de donner du temps et de répondre à mes questions.

Je remercie les maîtres de stage qui m'ont encadrée durant ces quatre années.

Merci à Benoît, Noé et à mes beaux-parents.

---

## **Résumé :**

La rééducation analytique du langage nécessite de pointer de manière précise les difficultés du patient. Cette attitude peut-elle présenter un risque pour l'estime de soi du patient porteur de handicap communicationnel ? Quel intérêt pour l'orthophoniste de prendre en compte l'estime de soi du patient ? Au travers de notre étude, nous avons étudié, via des entretiens semi-dirigés, les pratiques de dix orthophonistes travaillant auprès de cette population. Le but est de rechercher le lien entre handicap communicationnel et estime de soi, la prise en compte de l'estime de soi du patient et les stratégies mises en place pour la maintenir ou l'améliorer. L'estime de soi étant jugée très importante pour la rééducation et la réadaptation par les orthophonistes interrogés, de nombreuses réponses et stratégies sont apparues au cours des entretiens. Toutefois, la connaissance de ce concept est incomplète et nécessiterait d'être intégrée à la formation initiale et continue.

## **Mots-clés :**

psychologie, handicap, communication, estime de soi.

## **Abstract :**

Analytical speech therapy requires pointing precisely patient's deficits. Could this attitude be risky for communicative disabilities patient's self-esteem? Which interest to consider patient's self-esteem for speech therapist? Through our study, we tried to investigate the practical of ten speech therapist working with this population through semi-structured interviews. The aim was to know the link between communicative disabilities and self-esteem, self-esteem speech therapist's consideration and strategies used in order to preserve or improve self-esteem. The debriefed speech therapists are agree to consider that self-esteem is important for reeducation and for readaptation. Many different answers and strategies came to us through the interviews. However knowledge of this concept is incomplete and it may be necessary to include it in the speech therapist formation.

## **Keywords :**

psychology, handicap, communication, self-esteem.

---

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses</b>	<b>4</b>
1. Généralités	5
1.1. Handicap	5
1.2. Communication	6
1.2.1. Conceptions neuropsycholinguistiques	7
1.2.1.1. La multimodalité de la communication	7
1.2.1.2. La théorie des actes du langage	8
1.2.1.3. La théorie de conversation développée par Grice	8
1.2.1.4. La pragmatique	8
1.2.1.5. Les fonctions de la communication	9
1.2.1.6. La boucle du langage	9
1.2.2. La communication comme fonction humaine efficiente ou déficitaire	10
1.2.3. Communication et facteurs émotionnels et affectifs	11
1.3. Le handicap communicationnel	12
1.3.1. Définition	12
1.3.2. Pathologies provoquant un handicap communicationnel	13
1.4. Estime de soi	14
1.4.1. Généralités	14
1.4.1.1. Définition	14
1.4.1.2. L'estime de soi : un élément dynamique et dysharmonique	14
1.4.1.3. Processus influençant l'estime de soi	15
1.4.1.4. Les composantes de l'estime de soi	15
1.4.2. Conséquences d'une mauvaise estime de soi	16
2. Évaluation et prise en charge du handicap communicationnel	17
2.1. Outils	17
2.2. Le modèle bio-psycho-social	19
2.3. Modèle bio-psycho-social et orthophonie	19
2.4. Importance des facteurs psychologiques et de l'estime de soi dans la dimension bio-psycho-sociale	21
3. Handicap communicationnel, estime de soi, et orthophonie	23
3.1. Intérêt général d'avoir une bonne estime de soi	23
3.1.1. Au niveau psychologique	23
3.1.2. Au niveau comportemental	24
3.1.3. Au niveau relationnel	24
3.1.4. Au niveau des apprentissages	24
3.2. Production du langage et estime de soi	25
3.3. Situations de handicap communicationnel et estime de soi	25
3.3.1. Handicap partagé	25
3.3.2. Atteinte des fonctions de la communication	26
3.3.3. Intégration dans la société	27
3.3.4. Troubles des relations interpersonnelles	27
4. Moyens et stratégies dont dispose l'orthophoniste pour améliorer l'estime de soi	28
4.1. Attitudes relationnelles	29
4.1.1.1. Favoriser un sentiment d'appartenance	29
4.1.1.2. Favoriser un sentiment de compétence	30
4.1.1.3. Favoriser un sentiment de sécurité et de confiance	31
4.1.1.4. Favoriser la connaissance de soi, le sentiment d'identité	31

---

4.2. Améliorer la communication .....	32
4.3. Évaluation et prise en charge bio-psycho-sociale.....	33
4.4. Situations particulières dans lesquelles l'estime de soi est menacée.....	34
4.4.1. Bilan.....	34
4.4.2. Erreurs du patient.....	34
4.5. L'estime de soi de l'orthophoniste.....	34
5. Constat, problématique et Hypothèses.....	35
<b>Sujets, matériel et méthode.....</b>	<b>36</b>
1. L'outil méthodologique : l'entretien semi-dirigé .....	37
1. Le choix de la population.....	38
1.1. Critères retenus.....	38
1.2. Présentation de la population.....	39
<b>Résultats.....</b>	<b>41</b>
1. Réponses aux questions de la trame.....	42
1.1. Question 1 : définition de l'estime de soi.....	42
1.2. Question 2 : lien entre handicap communicationnel et estime de soi.....	45
1.3. Question 3 : présence de l'estime de soi au sein de la pratique.....	47
1.4. Question 4 : signes d'une basse estime de soi .....	49
1.5. Question 5: situations à risque pour l'estime de soi .....	50
1.5.1. Les bilans.....	51
1.5.2. Les erreurs du patient.....	52
1.5.3. Les retours sur la rééducation auprès de la famille.....	53
1.5.4. La guidance parentale.....	53
1.5.5. Les réunions scolaires et/ ou pluridisciplinaires.....	55
1.6. Question 6: stratégies des orthophonistes.....	56
1.6.1. Attitudes relationnelles.....	57
1.6.2. Moyens.....	58
1.7. Question 7 : amélioration de l'estime de soi .....	60
1.8. Question 8 : importance de l'estime de soi.....	61
1.9. Question 9 : importance de la relation thérapeutique.....	62
1.10. Question 10 : importance des éléments bio-psycho-sociaux.....	64
1.10.1. Personnalité du patient.....	65
1.10.2. État psychologique.....	65
1.10.3. Environnement familial.....	65
1.10.4. Environnement scolaire, professionnel.....	66
1.10.5. Situations de la vie quotidienne dans lesquelles les troubles de la communication deviennent handicapants.....	66
1.10.6. Attitudes générales de la société vis-à-vis du trouble.....	66
1.11. Question 11 : ajouts.....	67
2. Autres thématiques abordées.....	68
2.1. Age d'apparition de l'estime de soi .....	68
2.2. Liens entre psychologie et orthophonie.....	68
2.3. La formation et le manque d'outils .....	69
<b>Discussion.....</b>	<b>70</b>
1.1. Analyse des résultats.....	71
1.2. Validation des hypothèses.....	73
1.3. Forces et limites du travail.....	75
1.4. Perspectives, pistes pour le futur.....	77
<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>81</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>85</b>

---

<u>Annexe n°1 : Modèle de communication de la C.I.F. (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé).....</u>	<u>86</u>
<u>Annexe n°2 : Modèle de Kerbrat-Orecchioni.....</u>	<u>86</u>
<u>Annexe n°3 : La pyramide des besoins de Abraham Maslow.....</u>	<u>86</u>
<u>Annexe n°4 : Trame de l'entretien.....</u>	<u>86</u>
<u>Annexe n°5 : Relances pour la question 1.....</u>	<u>86</u>

# Introduction

L'orthophoniste est le professionnel de la santé ayant un rôle central dans l'évaluation et la rééducation des troubles du langage et de la communication. Cette évaluation nécessite de cibler de manière fine les difficultés du patient, pour réaliser par la suite une rééducation sur mesure. Néanmoins, cette manière de parfois mettre en lumière les manques au cours des séances et de pointer les difficultés du patient ne risque-t-elle pas d'atteindre son estime de soi ? Quelles conséquences cela a-t-il sur la motivation du patient et son investissement dans la rééducation ? Cette atteinte ne risque-t-elle pas d'altérer l'état émotionnel et de renforcer la situation de handicap ? Cette manière de procéder est-elle réellement en faveur d'une récupération ? Les orthophonistes travaillant avec des patients en situation de handicap communicationnel pourraient avoir mis en place de manière consciente ou inconsciente des stratégies pour protéger ou maintenir l'estime de soi de leurs patients, qu'il serait intéressant de partager. Quelle est l'importance de l'estime de soi pour la rééducation ?

Dans les articles orthophoniques, l'estime de soi apparaît de manière sporadique en lien avec certaines pathologies (dyslexie-dysorthographe, bégaiement, aphasie). Mais son intérêt ne semble pas avoir été pris en compte de manière générale pour la rééducation et la réadaptation. Seul le psychiatre Philippe Mazet traite l'estime de soi de manière spécifique dans le cadre de l'orthophonie.

En revanche, ce questionnement à propos de l'estime de soi est présent dans les instituts d'orthophonie ainsi que chez les étudiants, puisque douze mémoires ont été réalisés au sein de sept instituts différents. Mais ces mémoires sont tous liés à une pathologie et/ou un âge de développement.

La notion de handicap communicationnel a été développée par la Classification Internationale du Fonctionnement et du Handicap et prend en compte toutes les déficiences. Pourtant, elle est étudiée de manière cantonnée à l'aphasie, par les neuropsycholinguistes Nespoulous et Virbel.

Il nous paraissait donc important de prendre du recul et de relier les notions de handicap communicationnel et d'estime de soi, d'avoir un regard différent sur la manière de procéder pour rééduquer un patient, d'en faire émerger des pratiques concrètes afin de viser une meilleure efficacité dans la rééducation, pour l'orthophoniste et pour le patient. Nous allons dans un premier temps amener des

éléments de théorie concernant l'estime de soi et le handicap communicationnel, tout en justifiant leur prise en compte et leur intérêt grâce au modèle biopsychosocial, et proposer des stratégies pour améliorer l'estime de soi. Nous chercherons ensuite à confronter ces éléments à la pratique des orthophonistes. Pour cela, nous réaliserons dix entretiens semi-dirigés auprès d'une population ciblée pour son intérêt ou son implication dans le handicap communicationnel et/ ou l'estime de soi. Enfin, nous comparerons les apports de la littérature et de la pratique de terrain et nous répondrons à nos hypothèses de travail.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## 1. Généralités

Pour initier ce travail, nous allons définir et délimiter les termes les plus importants utilisés dans ce sujet : handicap, communication, handicap communicationnel et estime de soi.

### 1.1. Handicap

Ce terme, mélioratif et d'apparition récente dans le domaine médical (années 50) a été choisi pour mettre l'accent sur les notions de conséquence et d'égalité des chances. Il vient remplacer les mots tels qu'« infirme », « invalide », « inadapté », qui mettaient en avant la perte par rapport à une norme (Hamonet et de Jouvencel, 2005). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances définit le handicap comme: « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Pour le docteur Claude Hamonet et la psychologue Marie de Jouvencel (2005), le handicap est la confrontation entre d'une part, une personne ayant des limitations fonctionnelles, et d'autre part, la réalité d'un environnement physique, social et culturel. C'est une situation plus qu'un état, une situation dans laquelle la déficience devient une gêne, on parle alors de situation de handicap. Il y a alors obstacle dans l'accomplissement d'activités de la vie quotidienne, familiale, de loisirs, d'éducation, de travail ou de participation sociale. Le handicap touche 5 à 6 millions de personnes, soit 10% de la population française (Rabischong, 2012).

Le handicap n'est pas absolu, il est relatif au sens que chaque personne donne à sa perte d'autonomie dans une situation donnée. La déficience ne suffit pas à déterminer les situations qui seront problématiques pour une personne donnée (Rabischong, 2012). En effet, le handicap varie en fonction :

- Du degré de déficience,
- Du type d'environnement,
- Des capacités d'adaptation, de l'interaction avec le milieu, de l'évolution du mode de réaction au handicap,

- Du vécu subjectif de la personne handicapée. Cette dimension est la plus importante dans l'analyse du handicap, car elle conditionne la façon dont la personne handicapée réagit face à son état corporel, fonctionnel et situationnel.

Selon ce regard, le but du soignant n'est plus de rapprocher le patient d'une norme, puisque la gêne est différente pour chaque patient et pour chaque situation, mais de lui permettre de fonctionner au mieux dans son environnement personnel, de pouvoir réaliser ses rôles sociaux (liés à l'âge, au sexe, aux facteurs socioculturels) en fonction de ses choix. Cela nécessite donc une évaluation précise et fréquente du handicap, se centrant sur la personne et ses valeurs, en prenant en compte la lésion organique, ses conséquences, l'environnement humain et matériel, qu'ils constituent un obstacle ou qu'ils soient au contraire facilitateurs. Le but est de réaliser une rééducation et une réadaptation adaptées aux besoins de chaque personne. (Hamonet et de Jouvencel, 2005).

Le statut des personnes handicapées a lentement évolué au cours de l'histoire. D'impures et isolées de la société durant l'antiquité, elles sont ensuite tolérées au Moyen-Age (Cataix-Nègre, ergothérapeute, 2014). Les guerres et les accidents de travail vont petit à petit amener la société à verser des indemnités et à proposer des soins médicaux pour les personnes handicapées. A la fin du vingtième siècle, les efforts considérables des gouvernements et milieux associatifs vont aboutir à la création de nombreux textes, manifestant le refus de toute discrimination et la création d'une Europe sans entraves. Les personnes en situation de handicap deviennent des citoyens comme les autres et doivent bénéficier des mêmes droits. Elles passent enfin «du statut de sujet administré à celui d'acteur accompagné» (Professeur Pierre Rabischong, 2012 : p. 91).

## **1.2. Communication**

La communication consiste en des « transferts d'informations de toutes formes et par n'importe quel canal disponible » (Cataix-Nègre, 2014 : p.32). Elle est fondamentale car c'est l'une des quatre grandes fonctions principales de l'homme (mobilité, communication, maintenance biologique, reproduction). La communication interpersonnelle est fondée sur l'échange de personne à personne, chacune étant à tour de rôle l'émetteur et/ou le récepteur avec un code commun (Rabischong, 2012).

Nous allons décrire la communication au travers de modèles issus de la linguistique, de la neuropsychologie et de l'handicapologie. Il nous semble qu'ils sont

complémentaires malgré les dissociations qui peuvent exister, Nespoulous et Virbel (2004) considèrent qu'ils se donnent des apports mutuels.

### **1.2.1. Conceptions neuropsycholinguistiques**

Depuis les années 70, communiquer n'est plus « le simple maniement d'une langue ou grammaire formelle (phonologie, morphologie, syntaxe...) [...] c'est être capable de répondre et de réagir à l'intention de communication d'un interlocuteur utilisant plus souvent qu'autrement des formulations non transparentes (métaphore, sarcasme, humour, prosodie expressive...) [...] nécessitant une large gamme d'habileté cognitive » (Joanette et al., 2008 : p.584). De nouveaux cadres de références ont donc été créés pour étudier le processus d'élaboration d'un message, de son intention première jusqu'à son articulation. Cela a permis d'introduire l'étude de la pragmatique, du discours (narratif, descriptif, procédural ou conversationnel), et des processus cognitifs liés (inhibition, planification, flexibilité, mémoire et attention) (Joanette et al., 2008). Nous allons présenter de manière succincte les différentes théories élaborées pour décrire la communication.

#### **1.2.1.1. La multimodalité de la communication**

Selon Rousseaux et al., 2014, la communication est composée de :

- L'engagement dans l'interaction. Cet engagement est associé à l'activation des systèmes moteurs et à la motivation (elle-même fortement liée aux fonctions émotionnelles et à la mémoire).
- La part verbale de la communication, comprenant la langue (orale, écrite, des signes) sur les versants de production et de compréhension, sur les plans phonétiques, phonologiques, lexicaux, morphosyntaxiques et discursifs. La production d'énoncés fait intervenir les différentes mémoires et les fonctions exécutives dans l'organisation des idées.
- La part non verbale de la communication. Elle prend en compte :
  - Les éléments acoustiques paraverbaux (timbre de la voix, hauteur tonale, intensité, pauses, hésitations...) la prosodie et le débit ;
  - Les éléments visuels, ils comprennent la proximité avec l'interlocuteur, la posture, l'orientation du corps, les aspects extérieurs, le regard (en lien direct avec l'attention, il a un rôle phatique, il transmet des émotions), les mouvements du corps, les mimiques et les feed-back ;

- Les éléments olfactifs, tactiles et thermiques encore peu étudiés et qui pourraient avoir un rôle important dans les échanges.

La communication est donc un acte multimodal, nous communiquons via différents moyens et canaux disponibles. Dans la compréhension du message, le sens des mots ne compte que pour 7%, 38% de la compréhension vient de la manière dont la voix est posée, et 55% des gestes et expressions du visage (Cataix-Nègre, 2014). Pour l'école de Paolo Alto « on ne peut pas ne pas communiquer ». Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, de refuser de dire, toutes ces choses transmettent des informations au récepteur (Rousseaux et al., 2014).

### **1.2.1.2. La théorie des actes du langage**

Cette théorie, développée par Austin, défend l'idée que la principale fonction du langage est d'agir sur le monde. Elle oppose les énoncés constatatifs décrivant des états, des faits, aux énoncés performatifs entraînant l'action de manière directe ou indirecte (présence d'inférences). Parmi ces énoncés, on distingue trois actes de langage différents:

- Les actes locutoires (ce qui est dit),
- Les actes illocutoires (acte social réalisé). Ils peuvent être assertifs, directifs, promissifs, expressifs ou déclaratifs,
- Les actes perlocutoires (effets sur l'interlocuteur, qui peuvent ne pas être en adéquation avec l'intention du locuteur).

(Rousseaux et al., 2014)

### **1.2.1.3. La théorie de conversation développée par Grice**

Pour que la communication fonctionne, il faut que les interlocuteurs aient une coopération implicite (principe de coopération), qu'ils s'ajustent et qu'ils respectent les mêmes règles conversationnelles (maximes conversationnelles) sur des critères de quantité, de qualité, de relation et de manière (Rousseaux et al., 2014).

### **1.2.1.4. La pragmatique**

La pragmatique représente « les habiletés d'un individu à traiter les intentions de communication par référence à un contexte donné » (Rousseaux et al., 2014 p.25). Elle comprend les tours de parole, la cohérence et la cohésion du discours, le maintien du thème, l'humour et l'implicite, la régie de l'échange, l'adaptation au contexte, l'organisation de l'information. (Lugan A., Pachot F., 2014). Pour

Nespoulous (2014), elle est très importante, car la compétence linguistique ne se réduit pas à la maîtrise d'un certain nombre de règles créées par de nombreux modèles linguistiques, elle se doit d'intégrer tous les paramètres pragmatiques dans une « cognition située ».

#### **1.2.1.5. Les fonctions de la communication**

La communication verbale a plusieurs fonctions. Selon Gilles Le Cardinal (cité par Cataix-Nègre, 2014), nous communiquons pour:

- Échanger de l'information
- Engendrer l'action, faire des projets, prendre des décisions, ordonner.
- Gérer, développer et maintenir les relations sociales et familiales, en lien avec les émotions ressenties et les affects. « La confiance en soi et dans les autres est au centre de cet aspect. » (Cataix-Nègre, 2014 : p. 22).
- Montrer notre identité, notre personnalité, avec le risque d'être mal perçu. « Nous construisons notre identité au contact des autres grâce à l'effet miroir qui se dégage des interactions. Cette fonction identitaire est en lien étroit avec la confiance en soi » (Cataix-Nègre, 2014 : p. 22).

D'autres auteurs y ajoutent une fonction heuristique (découvrir le monde grâce à des recherches) et une fonction ludique (jouer avec les mots, manier l'humour) (Rousseaux et al., 2014). Les fonctions de la communication non verbale ont aussi été décrites, celle-ci a un rôle sémantique, syntaxique, dialogique, pragmatique et de régulation émotionnelle et attentionnelle (Rousseaux et al, 2014).

Dans les situations de handicap communicationnel, chacune de ces fonctions peut être atteinte empêchant ainsi leur réalisation. Communiquer est donc un acte complexe mettant en jeu beaucoup de paramètres qui seront impactés en cas de lésion. Nous allons maintenant détailler les niveaux des lésions possibles.

#### **1.2.1.6. La boucle du langage**

D'un point de vue neuropsychologique, la communication humaine est une activité cérébrale hautement complexe. Elle fonctionne selon une boucle du langage, avec une entrée, un traitement de l'information et une sortie.

- Elle entre par les organes des sens (principalement vue et audition)
- Elle est perçue au niveau temporal
- Elle est reconnue par la zone de Wernicke

- Les voies associatives permettent un traitement lexical, syntaxique, pragmatique et sémantique du message en y associant les différentes mémoires (elles font le tri des informations qui parviennent constamment à l'oreille), les émotions, le raisonnement, le vécu, la culture ethnique et géographique et en étant régulées par les fonctions exécutives et l'état d'éveil. Cet ensemble d'activités complexes est appelé cognition.
- Une réponse est préparée
- Cette réponse est mise en mots, puis mise en son au niveau de la zone de Broca, et enfin mise en mouvement via la zone frontale gauche.
- Ces mouvements sont transmis aux muscles de la zone orofaciale, de la main et du corps via les nerfs crâniens et périphériques.

Ces différentes étapes se déroulent de manière parallèle, voire rétroactive, mais elles doivent être évaluées séparément (Cataix-Nègre, 2014). Pour une personne valide, l'expression orale est un acte parfaitement automatisé, qu'elle peut même réaliser en faisant une autre tâche (Rabischong, 2012). Une lésion, quel qu'en soit le niveau, entraînera des conséquences lourdes sur la possibilité de transmettre un message, créant un handicap partagé entre le locuteur et le récepteur (Cataix-Nègre, 2014). C'est cette vision qui va être développée à présent.

### **1.2.2. La communication comme fonction humaine efficiente ou déficitaire**

La C.I.F. (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé), créée par l'O.M.S. (l'Organisation Mondiale de la Santé) décrit de manière globale (approche biopsychosociale) les modifications de fonctionnement (handicap) survenant suite à un problème de santé (Hamonet et de Jouvencel, 2005). Selon elle, la communication est au centre de la vie de la personne. Elle est permise grâce à différentes fonctions mentales, sensorielles, motrices, et le langage n'en est qu'une composante. Le but de la communication est la transmission de messages, la participation à une conversation (Rousseaux et al., 2014). Elle est « holistique », elle fait intervenir l'entièreté de l'homme, son histoire, sa subjectivité et ses intentions, ainsi que l'environnement (Rabischong, 2012). De la même manière que pour le handicap, elle s'analyse donc de manière transversale en prenant de la hauteur, sa modélisation est disponible en annexe 1.

Cette vision s'oppose aux conceptions linguistiques classiques qui mettent l'utilisation des structures de la langue au cœur de la communication et non la

personne dans sa globalité avec ses aspects physiques, psychologiques et sociaux (Rousseau et al. 2014). De plus, selon Rousseaux et al. (2014), ainsi que Nespoulous et Virbel (2004), elle permet une approche plus explicative du fonctionnement du langage alors que la linguistique classique est plutôt descriptive.

Selon Joannette et al. (2008 : p. 589), les approches que nous venons de développer sont amenées à fusionner, rendant possible « une vision de plus en plus intégrée des bases cognitives et neurofonctionnelles des habiletés de communication de l'être humain, pleinement engagé dans l'interaction sociale avec ses congénères », d'autant plus que la description du handicap langagier et communicationnel que nous allons présenter est réalisée par les neuropsycholinguistes Nespoulous et Virbel.

### **1.2.3. Communication et facteurs émotionnels et affectifs**

Le modèle de la communication de Kerbrat-Orecchioni (cité par Rousseaux et al., 2014 et disponible en annexe 2) intègre les compétences linguistiques, paralinguistiques, idéologiques et culturelles, la détermination psychologique et les contraintes de l'univers du discours au niveau de l'émetteur et du récepteur dans la communication.

D'un point de vue neurologique, Joannette et al. (2008 : p.588) soulignent qu'il est important de mieux comprendre l'impact des émotions et de l'affectivité sur la communication « ne serait-ce que pour explorer la possibilité qu'ils deviennent un allié lors de la mise en place de stratégies de prise en charge. ». Le contenu émotionnel de l'intention de communication a un impact sur la production du langage. Cela provoque des faits cliniques encore mal compris, tels que la dissociation automatico-volontaire. Ils supposent que les années à venir amèneront probablement la révolution des émotions au sein de la communication, en relation conceptuelle avec la neuropsychologie cognitive.

Il faut aussi considérer les effets de la communication dans le temps. Actuellement les travaux privilégient l'étude des effets immédiats, alors qu'elle a des conséquences à moyen et long terme (Rousseaux et al., 2014). Il y a donc participation des facteurs émotionnels, affectifs, mnésiques, dans la communication (Joannette et al., 2008) qui sont en lien avec la construction et le maintien de l'estime de soi et les comportements adoptés par la personne. Nous verrons par la suite que

ces facteurs peuvent aussi bien agir en faveur qu'en défaveur du développement de la communication en fonction des expériences positives ou négatives vécues et de l'importance qui leur est accordée.

### **1.3. Le handicap communicationnel**

#### **1.3.1. Définition**

Pour Nespoulous et Virbel (2004 : p.8-9), « la lésion cérébrale [...] engendre en même temps un déficit et crée un handicap communicationnel rendant difficile toute interaction verbale. [...] Parler, comprendre [...] c'est dès lors (tenter de) s'adapter aux contraintes de la situation dans laquelle on se trouve». Le handicap communicationnel désigne donc les difficultés rencontrées par un individu présentant un déficit de ses fonctions verbales et/ou non verbales dans un environnement donné.

Cette vision ouverte du handicap, suppose qu'à tout moment un être humain peut se retrouver en situation de handicap langagier et contraint de mettre en place des stratégies d'adaptation (milieu bruyant perturbant la réception du message, immersion dans un pays avec une langue étrangère, thème complexe avec vocabulaire inconnu d'un des locuteurs, méconnaissance du fonctionnement d'un ordinateur...) (Nespoulous et Virbel, 2004). En Italie, le terme *altrabile* « autrement habile » est même proposé pour remplacer le terme handicapé (Hamonet et de Jouvencel, 2005).

Selon Nespoulous et Virbel, 2004, le comportement verbal humain consiste à utiliser au mieux son potentiel sémiotique. L'exercice du langage est plastique, dynamique et non stéréotypé. Dès lors, le sujet va tenter de s'adapter de deux manières différentes à sa situation de handicap :

- Par la mise en place de stratégies de compensation. Le patient, capable d'adaptation par flexibilité cognitive met alors en place de manière plus ou moins consciente des stratégies pour contourner le déficit et tenter de pallier le handicap en essayant de rester informatif ou d'avoir une compréhension suffisante du message. Par exemple, le manque du mot sera compensé de manière spontanée par une périphrase ou des gestes (Nespoulous et Virbel, 2004). Cette capacité de l'individu à gérer les difficultés et à trouver des stratégies de compensation efficaces, appelées aussi « coping », diminuera amplement la situation de handicap. Elle ne va pas de

soi, et l'on observe des différences interindividuelles importantes (Rousseau, 2000). Elle est très importante dans la récupération fonctionnelle au point que « de nombreux chercheurs y accordent plus de valeur qu'à l'intensité intrinsèque de la déficience ou de l'incapacité » (Rousseau, 2000 : p.32). L'orthophoniste aura donc un rôle majeur à jouer à ce niveau, d'entraînement et de guidance du patient et de son entourage, d'autant plus que « les patients qui communiquent le mieux sont aussi ceux qui communiquent le plus » (Rousseau, 2001 : p.15) et que la difficulté est d'autant plus grande que le locuteur se trouve face à une nouveauté, à une situation inédite. Nous verrons plus tard que ces stratégies d'adaptation et leur mise en place dépendent d'une bonne estime de soi. Dès lors, la notion d'écart à une norme en communication paraît donc « insaisissable, voire illusoire » et la comparaison des capacités langagières au fonctionnement d'un ordinateur trop « mécaniciste » (Nespoulous et Virbel, 2004 p.32-33).

- Par l'utilisation de systèmes de substitution (langue des signes, braille), de « palliatifs externes issus d'avancées technologiques récentes », utilisés en fonction expressive (synthèse vocale, dictée vocale, commande vocale), ou réceptive (accès à l'information par adaptation linguistique du contenu par rapport à la pathologie) (Nespoulous et Virbel, 2004).

### **1.3.2. Pathologies provoquant un handicap communicationnel**

. L'orthophonie est un métier de rééducation et de réadaptation, il traite l'ensemble des troubles de la communication, des troubles du langage oral ou écrit quelle qu'en soit l'origine. Le handicap communicationnel est pris en charge en orthophonie, dans le cadre de ces pathologies :

- Troubles de la communication dans le cadre d'atteintes neurologiques: aphasie, dysarthrie, démences, traumatismes crâniens, infirmité motrice cérébrale,
- Troubles de l'articulation, de la parole, du langage,
- Bégaiement,
- Autisme, troubles envahissants du développement, troubles de la pragmatique,
- Troubles cognitifs spécifiques: dysphasie, dyslexie-dysorthographe, dysgraphie,
- Surdité,
- Troubles de la voix, laryngectomies.

(décret d'orthophonie cité par Bokobza et Deldique, 2012)

Le handicap communicationnel est donc une situation vécue. Il est majoré ou minoré en fonction du type d'environnement, de l'attitude de l'interlocuteur, des compensations et des aménagements mis en place. Les stratégies que l'individu met en place sont déterminantes pour lui permettre de fonctionner au quotidien, bien plus que l'intensité de la lésion. Il nous semble que leur mise en place et leur utilisation nécessitent notamment de l'autonomie, une bonne estime de soi et de bonnes capacités de « flexibilité adaptative » (Nespoulous, 2014).

## **1.4. Estime de soi**

### **1.4.1. Généralités**

#### **1.4.1.1. Définition**

L'estime de soi est le jugement et le regard que l'on porte sur sa valeur globale en tant qu'individu : sur soi, sur soi sous le regard des autres, sur soi par rapport à la personne que l'on souhaiterait être. L'estime de soi n'a de sens que dans le cadre des relations sociales, elle dépend du regard des autres, elle est constituée en grande partie du sentiment que l'on a d'être estimé par les autres. Elle suppose d'avoir conscience de ses qualités, de ses réussites et de ses défauts (André, 2009). Elle n'apparaît chez l'enfant qu'aux alentours de 7-8 ans, car une certaine maturité intellectuelle est nécessaire pour poser un jugement (Duclos, 2000).

#### **1.4.1.2. L'estime de soi : un élément dynamique et dysharmonique**

L'estime de soi n'est pas un processus fixe, elle est très mobile et varie au cours du temps : il est impossible de se trouver constamment de valeur et toujours compétent dans tout ce que l'on entreprend (André et Lelord, 2008). L'estime de soi varie donc :

- Sur le plan vertical, elle est « plus ou moins haute, plus ou moins stable, elle a besoin d'être régulièrement alimentée. » (André et Lelord, 2008 : p.35). Il est donc normal d'avoir occasionnellement une estime de soi basse, mais cela devient problématique lorsque cet état d'esprit est quasiment constant.
- Sur le plan horizontal. L'estime de soi s'exprime dans différents domaines : compétences cognitives, athlétiques, acceptation sociale, traits physiques et conformité comportementale auxquels s'ajoutent, à l'adolescence, les amis, les

compétences professionnelles et les relations sentimentales. Chaque personne accorde un degré d'importance relative différent à chacun de ces domaines (Harter, 1990, cité par André et Lelord, 2008). Si la personne n'est pas compétente dans un domaine auquel elle porte peu de valeur, son estime de soi ne sera pas atteinte, en revanche, si elle est en difficulté dans un domaine important pour elle, elle est susceptible de se sentir dévalorisée et son estime d'elle-même va baisser.

Pour Germain Duclos, (2000: p.37) « Acquérir de l'estime de soi consiste donc en un processus dynamique, intégré au développement, qui connaît des progressions subites et des régressions temporaires». L'estime de soi d'un individu est donc dysharmonique, elle dépend du degré de réussite et d'importance relative accordé à chacun des domaines.

#### **1.4.1.3. Processus influençant l'estime de soi**

Selon le psychoéducateur et orthopédagogue Germain Duclos (2000), l'estime de soi dépend :

- De processus internes, c'est « l'être », le sens de sa valeur inaliénable et de son importance comme personne, ces processus sont donc à privilégier car ils permettent une stabilité émotionnelle sur le long terme.
- De processus externes, c'est le « paraître » : ce sont les compétences et les résultats dans les différents domaines investis. Ils procurent une satisfaction à court terme et dépendent beaucoup du jugement et de l'approbation des autres, ce qui entraîne un stress de la performance et un effondrement en cas d'échecs trop importants.

« L'être humain devient harmonieux et heureux lorsqu'il y a cohérence entre son « être » et son « paraître » et lorsqu'il est conscient de la valeur positive de ces deux dimensions de sa personne » (Duclos, 2000 : p.38).

#### **1.4.1.4. Les composantes de l'estime de soi**

Selon les psychiatres André et Lelord (2008), l'estime de soi est construite à partir de trois ingrédients :

- L'amour de soi, qui doit être inconditionnel et ne pas dépendre des échecs et des performances. « C'est le socle de l'estime de soi, son constituant le plus profond et le plus intime » (André et Lelord, 2008 : p.17). Il protège du désespoir, car

l'individu sait intérieurement qu'il est digne d'amour et de respect malgré tous les échecs qu'il peut rencontrer. Il dépend de l'amour prodigué par sa famille. « Quand un enfant a la conviction de sa propre valeur ou qu'il est convaincu qu'on l'aime pour lui-même, il sait qu'il pourra s'adapter aux divers événements de la vie, bons ou mauvais ». (Duclos, 2000 : p.39)

- La vision de soi, c'est le regard que l'on porte sur soi, sur ses qualités et ses défauts. Elle est construite par les projets que portent les parents sur l'enfant, tout en prenant en compte ses doutes et ses inquiétudes. En cas de manque, on observe une tendance au conformisme, une dépendance de l'avis d'autrui.

- La confiance en soi, elle est en rapport avec les actes, « c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes » (André et Lelord, 2008 : p.20), ne pas redouter outre mesure l'inconnu ou l'adversité. Elle dépend du mode d'éducation qui nous a été prodigué, en famille ou à l'école, et se transmet par l'exemple et le discours. Une atteinte de la confiance en soi entraîne de l'inhibition, de l'hésitation et un manque de persévérance.

On observe donc que les parents ont un rôle important dans la construction des différentes composantes de l'estime de soi. L'orthophoniste pourrait aider ces acquisitions via l'accompagnement parental.

#### **1.4.2. Conséquences d'une mauvaise estime de soi**

L'estime de soi est nourrie par la relation d'attachement, le regard des parents, la reconnaissance sociale (sentiment d'être aimé) et le sentiment d'efficacité personnelle (sentiment d'être compétent). L'estime de soi baisse suite aux échecs (ne plus être efficace sur son environnement) et aux rejets (en se faisant marginaliser vis-à-vis d'un groupe) (André, 2009). Le manque d'estime de soi transparaît au travers des pensées, des émotions et des comportements (André, 2009).

Au niveau émotionnel, on observe une dysthymie, causée par des pensées négatives (obsession de soi, tension intérieure, sentiment de solitude, d'imposture, de découragement) et des émotions négatives (honte, colère, inquiétude, envie, embarras, culpabilité). Les individus ayant une mauvaise estime d'eux-mêmes ont un manque de clémence envers leurs petites failles et une tendance à l'auto-aggravation lorsqu'ils vont mal. Ils ont le sentiment de mal se connaître, une image

d'eux-mêmes floue et hésitante. Ils se remettent trop en question ou au contraire pas assez, pour se protéger (André, 2009, André et Lelord, 2008).

Au niveau comportemental, la personne cherche à tout prix la sécurité quitte à sacrifier son développement. On observe une absence de prises de risques, des auto-limitations, des évitements de situations, des progrès lents, un raisonnement à partir des échecs, une restriction du mode de vie et un manque de persévérance. Les difficultés se répètent sans progression et la personne adopte des comportements inadéquats par rapport à ses intérêts. Elle présente une dépendance excessive envers la norme, des difficultés à demander de l'aide, une tendance à faire semblant d'être forte. Elle recherche à tout prix de l'acceptation sociale en créant un personnage social pour se protéger, mais cette stratégie engendre du stress et a un coût émotionnel élevé. En groupe, elle a tendance à se sous-positionner pour se faire oublier, ou à se sur-positionner pour ne pas se faire attaquer (personnalité narcissique) (André, 2009, André et Lelord, 2008).

Le manque d'estime de soi provoque donc de nombreuses limitations dans la vie d'un individu et un mal-être intérieur. La personne consacre énormément de temps et d'efforts pour aller mieux, mais ils sont inadaptés. Ils sont consacrés à l'auto-défense plus qu'à la croissance et aboutissent à un quasi-immobilisme (André, 2009). Le manque d'estime de soi fait donc du tort à la santé physique et psychologique, à la productivité et aux relations sociales. Il est lié à de nombreuses pathologies psychiatriques (troubles anxieux, dépression, phobie sociale, problèmes d'image corporelle, troubles alimentaires) (André et Lelord, 2008). Un manque d'estime de soi semble donc en défaveur d'un investissement et d'une progression dans la rééducation orthophonique.

## **2. Évaluation et prise en charge du handicap communicationnel**

### **2.1. Outils**

Comme nous l'avons développé au chapitre précédent, évaluer le handicap communicationnel nécessite une approche holistique, transversale, n'omettant aucun domaine dans lequel il porte conséquence, pour comprendre les situations de vie

dans lesquelles évolue le patient et ainsi agir de manière la plus ciblée et la plus efficace possible. Plusieurs outils sont disponibles :

- Le modèle bio-psycho-social ou l'approche éco-systémique, utilisés en orthophonie, notamment par Thierry Rousseau (orthophoniste et docteur en psychologie).
- Les modèles de participation sociale : P.P.H. (processus de production du handicap de Fougéyrolas, Montréal), C.I.F. (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, créée par l'Organisation mondiale de la santé), mais ils sont difficiles à manipuler (Joanette et al., 2008).
- Les évaluations de la communication créées par des orthophonistes. Elles évaluent la communication dans des pathologies propres et des environnements donnés. On peut citer en exemple le T.L.C. (test lillois de communication), l'E.C.V.B. (échelle de communication verbale de Bordeaux), Q.E.C.I.R. (questionnaire d'évaluation de la communication entre les intervenants et les résidents de centre d'hébergement et de soins de longue durée), le C.H.E.S.S.E.P. (Communication grand Handicap: Évaluer, Situer, S'adapter, Élaborer un Projet individualisé) (Mazaux et al., 2014a). Certaines d'entre elles ont pour défaut de placer la communication au centre de l'évaluation et non le patient, son histoire et ses souhaits, comme le préconisent les modèles d'analyse du handicap. Les facteurs psychologiques ont tendance à ne pas être pris en compte. Il nous semble que le risque est de proposer par la suite au patient une rééducation de la communication stéréotypée qu'il n'investira pas car elle ne lui correspondra pas.

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons présenter le modèle biopsychosocial. En effet, il permet d'avoir une vision globale du patient, car il prend en compte les différents domaines qui le constituent et qui ont une influence sur sa situation de handicap communicationnel. Ce modèle a l'intérêt d'accorder suffisamment d'importance aux facteurs psychologiques et de placer le patient au centre de l'évaluation. Il permettra par la suite de rechercher les situations quotidiennes auxquelles un individu avec handicap communicationnel peut être confronté et de voir à la fois l'importance de l'estime de soi dans ces situations, son atteinte, et les stratégies que l'on peut proposer.

## 2.2. Le modèle bio-psycho-social

Le docteur Anne Berquin (2010 : p.1512) présente le modèle bio-psycho-social comme un élargissement du modèle biomédical. Il consiste en « une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément et sur un pied d'égalité au maintien de la santé ou au développement de la maladie [...] dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires». Elle le considère comme « un outil diagnostique et thérapeutique puissant, applicable à de nombreuses problématiques de santé », et comme le modèle médical le plus abouti actuellement.

L'utilisation du modèle bio-psycho-social a deux corollaires :

- L'élargissement des perspectives : en plus du bilan physique, il faut évaluer les attitudes, les croyances, les attentes, les facteurs émotionnels et relationnels, le contexte social, culturel et professionnel. Les stratégies thérapeutiques viseront ensuite simultanément les aspects physiologiques et psychosociaux qui freinent la récupération (Berquin, 2010).
- La participation active du patient, qui est essentielle : « les croyances et attentes du patient influencent directement les résultats du traitement » (Berquin, 2010, p.1513). Le soignant doit donc éduquer et informer sur le déficit et les actions que l'on pourra mener, et ce dès le début du traitement pour éviter tout malentendu concernant les rôles de chacun.

Cela aboutit à « une modification profonde de la relation thérapeutique, nécessitant de développer un éventail élargi de compétences relationnelles et éducatives. » (Berquin, 2010, p.1513). Nous allons maintenant présenter quelques études traitant de l'utilisation du modèle bio-psycho-social en orthophonie.

## 2.3. Modèle bio-psycho-social et orthophonie

Rousseau, écrit en 2000 que le praticien constate régulièrement qu'une hyperstimulation d'une fonction ne suffit pas à résoudre un problème de langage, car les facteurs qui influencent le fonctionnement langagier sont multiples. Il ajoute : «une intervention orthophonique ne peut être limitée à une approche stéréotypée , unique, systématiquement reproductible à tous les patients. [...] Même si ces méthodes peuvent résoudre le problème ciblé, cela n'implique pas pour autant que les difficultés du patient dans son quotidien seront résolues. C'est pourtant ce qui

importe véritablement. » (Rousseau, 2000, p. 35). Pour lui, « une thérapie doit intervenir sur l'ensemble des facteurs qui influent sur la communication et pas seulement sur les capacités mêmes des malades. » (Rousseau, 2001, p.14). Il faut alors prendre en compte les facteurs environnementaux au sens large, l'éducation précoce et la guidance parentale n'en représentent qu'une partie. Il préconise de s'assurer de l'efficacité du traitement au niveau lésionnel, fonctionnel et situationnel. Cette approche ne vient pas remplacer une intervention d'approche cognitive, mais la complète en ajoutant tous les éléments susceptibles de venir perturber le langage et d'appliquer les acquis au quotidien. La prise en charge écosystémique sera donc nouvelle à chaque patient, car chaque patient est unique et évolue selon un environnement et un système de valeur qui lui est propre. Cette approche diminue fortement les attitudes défavorables à la prise en charge, car elle implique le patient et sa famille (Sylvestre et al. 1999).

Galli Cornali (1999) conseille, pour la prise en charge orthophonique, un faisceau d'interactions dans une approche écosystémique pour éviter de s'enfermer dans un fonctionnement répétitif qui renforce le sentiment que l'enfant a besoin d'être aidé et conforte l'orthophoniste dans l'idée que le patient ne peut se prendre en charge seul. Cela aboutit à des situations d'acharnement pédagogique, où l'orthophoniste en demande toujours plus et l'enfant en fait toujours moins, ce qui renforce son sentiment d'échec et diminue donc son estime de soi. Elle préconise donc de remplacer les relations verticales par des relations horizontales (prise en charge de groupe, système de tutorat entre enfants permettant d'inverser les rôles : l'enfant devient l'aidant). Philippe Mazet (1990) parle aussi de cet acharnement pédagogique pour les rééducations qui durent trop longtemps. Il suggère de proposer à l'enfant de faire une pause thérapeutique qui lui permettra d'évoluer seul, ou, s'il revient par la suite, il sera demandeur et donc plus actif.

Joanette et al. 2008, parlent des modèles de participation sociale : « cette approche est celle de tout bon clinicien depuis la nuit des temps. », mais sa modélisation permet de mettre des ordres de priorité dans l'ensemble de la prise en charge, et de déterminer la validité écologique des interventions auprès des patients aphasiques. La prise en charge devient alors interdisciplinaire et son but « est d'accroître la participation sociale de l'individu, que ce soit en diminuant son incapacité langagière (Approche médiation cognitive), en amenuisant les impacts de son incapacité sur son quotidien (Counseling auprès des proches, réorientation

professionnelle) ou encore en optimisant son fonctionnement dans la société (Programme de sensibilisation de l'aphasie destiné au grand public) » (Joanette et al. 2008 p.587).

L'approche bio-psycho-sociale nous paraît donc être un bon outil dans le cadre du handicap communicationnel car elle permet de personnaliser les soins, d'orienter le choix thérapeutique en déterminant des objectifs prioritaires, et des objectifs secondaires, d'établir un projet de rééducation compatible avec le projet de vie du patient et de présenter des attitudes adaptées aussi bien au niveau éducationnel que relationnel. D'un point de vue plus large, l'orthophoniste pourra apporter des arguments sur les compensations à apporter au patient auprès de la MDPH, de l'école ou du monde professionnel et éduquer le patient, l'environnement et la société sur la maladie et ses conséquences.

#### **2.4. Importance des facteurs psychologiques et de l'estime de soi dans la dimension bio-psycho-sociale**

Dans le modèle bio-psycho-social, lorsque l'on parle des facteurs psychologiques, on évoque les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux intervenant chez tout être humain se trouvant face à une situation inhabituelle (en l'occurrence, ici, la maladie). Ils sont donc différents des pathologies psychologiques ou psychiatriques, même s'ils peuvent parfois y aboutir (Berquin, 2010).

Du point de vue de la réadaptation, les compétences psycho-sociales, c'est-à-dire « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » s'améliorent en renforçant la santé mentale du patient, c'est-à-dire en permettant au patient de « se connaître soi-même, avoir confiance en soi, savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress, développer un raisonnement créatif et une réflexion critique, développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles, prendre des décisions et résoudre des problèmes, se fixer des buts à atteindre et faire des choix, s'observer, s'évaluer et se renforcer » (l'O.M.S., Organisation Mondiale de la Santé citée par Lugan et Pachot, 2014). Au sein de ces aspects, l'estime de soi a une place centrale, car c'est « une forme d'intelligence qui nous permet de tirer le meilleur de ce que

nous sommes à l'instant présent en fonction de notre environnement » (André, 2009 : p.40).

Pour Philippe Mazet (1990), l'objectif global de la rééducation orthophonique est une meilleure communication avec soi-même et avec l'entourage, un plaisir de fonctionnement. Elle est permise grâce à deux éléments : l'équipement neurobiologique et l'estime de soi, car une base narcissique est nécessaire à l'apprentissage. Les moyens de l'orthophoniste sont alors de deux ordres : techniques et relationnels. « Il est tout à fait clair qu'une rééducation [...] ne va réussir que si les choses se passent dans un climat affectif et relationnel de bonne qualité ». Cette idée est partagée par Claude Hamonet et Marie de Jouvencel, (2011, p.72) : « pour tous les professionnels de la rééducation et de la réadaptation, la relation est aussi importante que le soin ». Ouss-Ryngaert (2011, p.28) va encore plus loin et place la relation au premier plan : « Nous savons que l'efficacité d'une thérapie dépend avant tout de variables non spécifiques du thérapeute (Rappart 1996), et essentiellement de sa capacité à construire des inférences intersubjectives, à construire une alliance thérapeutique (Beutler (1994) ».

Philippe Mazet (1990) donne quatre caractéristiques à la relation thérapeutique :

- Une grande disponibilité du thérapeute, il faut que le patient « sente le désir de communiquer avec lui, de l'entendre, de le comprendre » (p.380)
- L'absence d'a priori de l'orthophoniste,
- Le désir de comprendre avec celui de guérir,
- La capacité de l'orthophoniste à analyser ses propres attitudes, ses propres sentiments.

Il distingue deux facteurs pouvant entraîner une baisse de l'estime de soi chez un enfant:

- L'enfant est investi pour ses réalisations, ses performances, et non pour ce qu'il est.
- L'enfant ne se sent pas actif dans ses apprentissages, or, selon lui, c'est un besoin fondamental. Il insiste sur le fait de « ne pas déposséder l'enfant de son sentiment d'être actif et d'être lui-même l'auteur de sa guérison » (p.386).

Dans cette vision écosystémique de l'être humain, vivant au sein d'influences complexes, multiples et circulaires de l'environnement, de son état physique et psychologique, l'estime de soi a une place centrale pour mener avec efficacité son

existence et tirer parti au maximum de sa rééducation orthophonique, ce que nous allons à présent affiner.

### **3. Handicap communicationnel, estime de soi, et orthophonie**

#### **3.1. Intérêt général d'avoir une bonne estime de soi**

« Une saine estime de soi consiste à avoir durablement le sentiment d'être une personne fondamentalement méritante et de valeur. » (Branch R. et al., 2015 : p.43). Une bonne estime de soi est haute, stable, suffisamment répartie dans différents domaines, centrée sur des valeurs et non sur des aspects extérieurs et investie de manière raisonnable. Ses bénéfices sont nombreux, ils permettent notamment un bien-être psychologique et un engagement dans une vie cohérente avec ses propres valeurs (André et Lelord, 2008).

L'estime de soi est altérée par les inégalités sociales, médicales et psychologiques, mais elle peut aussi les réparer car elle permet de s'estimer malgré nos handicaps (André, 2009). Alexandre Jollien, philosophe né avec une infirmité motrice cérébrale, présentant une dysarthrie et ayant grandi dans un centre pour personnes handicapées, signale que le problème de manque de confiance en soi était trop souvent occulté par l'équipe alors que de nombreux résidents en souffraient.

##### **3.1.1. Au niveau psychologique,**

L'estime de soi est importante, car c'est l'outil de la liberté et de l'autonomie psychologique, précieuses pour la survie et la qualité de vie (André, 2009). Abraham Maslow considère l'estime de soi comme le quatrième besoin fondamental de l'être humain (pyramide de Maslow en annexe 3). L'estime de soi embellit la vie, c'est « une base à partir de laquelle l'enfant ou l'adulte s'adapte aux vicissitudes de la vie. » (Duclos, 2000 : p. 33).

En effet, une bonne estime de soi permet de penser du bien de soi-même indépendamment de l'opinion des autres, d'avoir une image de soi tranchée et stable. L'estime de soi est un facteur essentiel pour la résilience, elle a un effet de protection et d'autoréparation (André, 2009), ce qui est particulièrement intéressant

pour les personnes présentant un handicap communicationnel, qui reçoivent tous les jours des retours péjoratifs de leur image (Cataix-Nègre, 2014).

### **3.1.2. Au niveau comportemental,**

Une bonne estime de soi permet d'agir de manière adaptée. L'individu peut s'affirmer avec ses qualités et ses défauts, être reconnu pour sa valeur intrinsèque indépendamment des possessions matérielles et de ses performances, ne pas être le jouet des influences sociales. Il ose prendre des risques et montre des attitudes adaptées face aux difficultés. Une bonne estime de soi permet d'avoir une motivation accrue, de tirer parti du succès, d'avoir des progrès rapides, de faire preuve de détermination et de persévérance. En effet, la réussite ne dépend pas seulement des compétences intellectuelles et de la qualité du travail, une stabilité émotionnelle et une résistance aux échecs sont aussi nécessaires (André et Lelord, 2008).

### **3.1.3. Au niveau relationnel,**

L'estime de soi permet de mieux vivre avec les autres, de s'entourer correctement, d'avoir des liens sociaux sains et épanouissants, des relations d'attachement et de complicité. L'amélioration de l'estime de soi se manifeste de manière concrète par l'affirmation de soi. La personne s'apprécie, est consciente de sa dignité personnelle et par conséquent saura se faire respecter. L'individu peut influencer le jugement des autres sur sa valeur, car l'être et le paraître s'influencent mutuellement. Il peut favoriser l'estime de soi chez les autres en s'appuyant sur la sienne.

### **3.1.4. Au niveau des apprentissages,**

Selon Philippe Mazet, 1990, une estime de soi suffisante est absolument nécessaire aux apprentissages car elle permet de supporter l'échec transitoire et d'aborder avec patience les répétitions nécessaires à l'installation d'une nouvelle notion. En cas de manque d'estime de soi, l'enfant va démissionner et adopter deux types d'attitudes : s'enfermer dans la dépendance à l'adulte et refuser de travailler seul ou rejeter totalement l'aide et être dans le déni de ses difficultés. De plus, « les enfants avec une faible estime d'eux-mêmes sur le plan intellectuel sont souvent habités par une sorte de fureur intérieure. Ils se sentent pris au piège ». (Docteur Mel

Lévine cité par Duclos, 2000 : p. 19). Renforcer l'estime de soi permettra à l'enfant de retourner dans une dynamique d'action, car la réussite entraîne la réussite.

De manière générale, « L'estime de soi est un grand facteur de prévention [primaire et secondaire] et de protection des difficultés d'apprentissage et d'adaptation chez l'enfant, et de maladie mentale chez l'adulte. » (Duclos, 2000 : p. 33). Elle est donc de plus en plus prise en compte dans les domaines de l'éducation et de la santé. Ce n'est pas un moyen de traitement, mais une aide vers le rétablissement (Duclos, 2000), qui nous semble avoir beaucoup d'intérêts pour l'orthophonie.

### **3.2. Production du langage et estime de soi**

Comme nous l'avons vu, la communication est influencée par les émotions, et le manque d'estime de soi a un impact sur les pensées, les émotions et sur les comportements. Nous pouvons donc supposer que le comportement de production langagière sera touché sur le plan verbal : respiration, serrage des cordes vocales, fluidité du débit, volume sonore, et au niveau non verbal : rougeur, tension, larmes aux yeux... L'individu risque de communiquer a minima. Ces difficultés viennent s'ajouter au trouble communicationnel déjà présent, créant une situation de surhandicap.

En revanche, restaurer l'estime de soi du patient lui permettrait de se sentir locuteur compétent avec et malgré ses troubles, d'avoir envie de communiquer et de mettre en place de bonnes attitudes et compensations verbales et non verbales. Nous allons à présent nous focaliser sur des situations plus particulières rencontrées par les personnes présentant un handicap communicationnel.

### **3.3. Situations de handicap communicationnel et estime de soi**

Différentes situations portant atteinte à l'estime de soi sont observées dans la famille et dans la société.

#### **3.3.1. Handicap partagé**

Le langage oral est une activité parfaitement automatisée. En cas d'atteinte, communiquer devient un acte laborieux pour les deux partenaires. « De nombreuses

situations de la vie quotidienne sont source d'incompréhension, donc d'insatisfaction puis d'isolement. » (Mazaux et al., 2014b : p.78). Ce handicap partagé va insidieusement amener une diminution des échanges. Le patient se retrouve sous-stimulé, isolé, ce qui peut provoquer un déficit cognitif et une souffrance liée au manque de contact, créant des situations de surhandicap.

L'entourage doit faire le deuil de la personne antérieure en cas de déficit acquis, de l'enfant idéal en cas de trouble développemental. On observe une atteinte de la relation mère-enfant, de la relation avec les autres membres de la famille. (Cataix Nègre, 2014). Le handicap communicationnel agit sur la qualité de vie de l'entourage, car il demande du temps, de l'investissement, un ajustement constant pour des résultats longs à arriver... Toute la famille est à prendre en considération, y compris la fratrie. (Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, 2012)

Toutes ces difficultés ont un impact sur l'estime du patient et de la famille, car elles les confrontent à l'échec. L'orthophoniste pourrait, par une écoute empathique, déculpabiliser, nommer les choses, clarifier les non-dits, et ainsi remettre la responsabilité sur la pathologie plutôt que sur le patient. Il pourrait observer et proposer des stratégies pour mieux échanger (attitudes posturales, verbales, non verbales, aides technologiques), pour alléger le poids du handicap communicationnel et éviter les situations de conflits et de découragement. Dans l'aphasie, « il existe un gain communicationnel à sensibiliser les proches à cette notion de langage/communication, dès le début de la prise en charge » (Delort-Albrespit cité par Engelhardt M. et al., 2014, p.101).

### **3.3.2. Atteinte des fonctions de la communication**

Le patient se retrouve en difficulté pour :

- Échanger de l'information,
- Engendrer de l'action, ce qui aboutit à une forme de passivité,
- Gérer, développer et maintenir les relations sociales et familiales, avec un risque d'isolement, de rupture des liens sociaux.
- Montrer son identité, sa personnalité, impactant les relations sociales,
- Découvrir le monde grâce au langage, avec une limitation dans l'accès au savoir et donc un sentiment d'incompétence.
- Comprendre l'humour, ce qui l'isole du groupe. (Cataix-Nègre, 2014)

### **3.3.3. Intégration dans la société**

Le patient est constamment confronté à ses difficultés, car la communication est présente dans de nombreux domaines : scolaire, professionnel, familial, amical, institutionnel, loisirs (lecture et écriture)... (Mazaux et al., 2014b). Il doit souvent s'adapter et effectuer un véritable parcours du combattant pour éviter les phénomènes d'exclusion actifs ou passifs, ce qui provoque une fatigabilité. C'est la raison pour laquelle les personnes handicapées réclament un droit fondamental à vivre en société avec les moyens nécessaires à l'égalisation face aux situations de vie (Hamonet, 2012). Alexandre Jollien (2007), considère qu'une intégration en milieu scolaire classique est bénéfique, car les enfants, une fois la première surprise passée, acceptent beaucoup mieux le handicap que les adultes. Lui-même joue de son handicap, utilise l'humour et s'affirme dès son premier jour en école de commerce pour se faire une place rapidement. Malgré tout, l'inclusion totale passe par une pression forte, car l'enfant se retrouve face à des enfants qui n'ont pas les mêmes capacités que lui (ce qui peut être stimulant), avec un risque de rejet, de moqueries. Il nous semble qu'il est nécessaire de bien accompagner l'inclusion en expliquant la situation de handicap et les adaptations à réaliser aux enseignants, en étant vigilant à l'état émotionnel de l'enfant, et envisager une orientation en milieu spécialisé si le milieu ordinaire s'avère être inadapté.

Le handicap communicationnel sévère coupe l'individu de sa place dans la société. L'humanité, c'est-à-dire la capacité de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité, est mise à mal (Cataix-Nègre, 2014).

L'orthophoniste aurait donc un rôle important d'émergence, de recherche et de maintien de la communication à tout prix et dans tous les environnements que ce soit par des moyens verbaux, non verbaux ou technologiques, en lien avec l'ergothérapeute et l'équipe pluridisciplinaire.

### **3.3.4. Troubles des relations interpersonnelles**

La bonne volonté ne suffit pas pour avoir une attitude adaptée avec les personnes en situation de handicap et l'interlocuteur peut altérer l'échange et l'autonomie par des sentiments de pitié, de gêne (Jollien, 2007) en considérant la personne comme perdante et non comme autrement capable. Ces comportements sont néfastes, car ils empêchent la mise en place de stratégies de compensation par manque d'adaptation de l'interlocuteur, ils renvoient une image négative au patient.

La société manque de connaissances par rapport au handicap communicationnel et attribue parfois une étiologie extrêmement dévalorisante au trouble: déficience intellectuelle, simulation, exagération (aphasie, dysphasie, démence), paresse (dyslexie), problème d'éducation (trouble envahissant du développement, autisme), mutisme en cas de surdité (à cause du terme sourd-muet), alcoolisation (bégaiement, dysarthrie)... (Cataix-Nègre, 2014). Malgré tout, dans l'aphasie, les attitudes d'autrui (le regard du passant dans la rue, les réactions du commerçant ou de l'employé auquel on s'adresse) sont décrites par les patients comme étant souvent facilitatrices. (Mazaux et al., 2014).

Les diagnostics sont parfois difficiles à poser, tardifs (dyslexie) laissant le patient dans l'errance, avec un manque de stratégies d'aide adaptées. Ils nécessitent un bilan et une analyse précise, confrontant le patient à l'échec, au cœur de ses difficultés, ce qui a un impact sur son estime de soi.

La personne en situation de handicap peut difficilement enlever le malentendu étant donné que sa communication est atteinte. L'orthophoniste aurait donc un rôle important d'éducation thérapeutique de l'entourage, de la société et de mise en valeur des potentialités de la personne.

Une mauvaise estime de soi a donc des conséquences dans trois domaines :

- Perturbation et diminution de la production verbale
- Mauvaise adhésion à la rééducation, difficultés émotionnelles, relationnelles et comportementales,
- Sous-utilisation des acquis langagiers et communicationnels dans la vie quotidienne.

Au contraire, une bonne estime de soi faciliterait ces trois niveaux. Nous allons à présent développer les moyens dont dispose l'orthophoniste.

## **4. Moyens et stratégies dont dispose l'orthophoniste pour améliorer l'estime de soi**

Au sein de la relation thérapeutique, le rôle de l'orthophoniste sera soit de maintenir l'estime de soi du patient lorsqu'il sera confronté à ses difficultés, soit de la restaurer en cas d'estime de soi faible. Il pourra s'appuyer sur des attitudes

relationnelles, une prise en charge transversale, sa propre estime de soi et sur différents moyens d'action.

## **4.1. Attitudes relationnelles**

Selon Duclos (2000 : p.42), « la qualité des échanges relationnels influence beaucoup l'estime de soi ». Comme nous l'avons vu précédemment, les deux éléments auxquels l'estime de soi est très sensible, et sur lesquels nous pourrions jouer, sont le sentiment d'appartenance (être reconnu comme personne de valeur) et le sentiment de compétence. Germain Duclos y ajoute la sécurité affective et la connaissance de soi.

### **4.1.1.1. Favoriser un sentiment d'appartenance**

Ce sentiment d'appartenance peut être renforcé via la relation d'aide, en laissant du temps et de la place au patient en tant que personne. L'orthophoniste peut :

- Lui donner de la valeur,
- Instaurer une relation d'égal à égal en tant que personne humaine,
- Renforcer la communication et les efforts fournis pour transmettre un message plus que la bonne forme linguistique,
- Accepter sincèrement que les valeurs, les centres d'intérêts du patient ne soient pas les mêmes que les siens pour éviter toute forme de jugement qui entraverait l'échange.

Cette relation nécessite différentes attitudes pour l'orthophoniste : attention, regard, écoute, patience, maintien de la communication même quand elle est très altérée (feed-back, relances, sollicitations de l'entourage...).

Lorsque le patient porte beaucoup d'intérêt à son paraître, il nous semble que l'on pourrait le valoriser rapidement dans ce domaine, mais en s'intéressant immédiatement après à son être, à sa personne.

L'orthophoniste peut tenter de réinstaller le patient dans le groupe familial via la guidance parentale ou familiale. Il peut expliquer la pathologie et la manière d'agir en fonction de celle-ci, mettre en valeur les potentialités et les réussites de l'enfant. Il doit intervenir en cas d'attentes parentales inadaptées car elles altèrent fortement l'estime de soi de l'enfant (Duclos, 2000). Il doit tenter de renforcer l'attachement « l'importance d'un accompagnement très précoce est à présent démontrée, et

nombreux sont les témoignages concernant l'apport considérable de groupes de parents pour la construction d'une relation plus juste avec leur enfant » (Cataix-Nègre, 2014 : p. 40).

Les séances de groupe sont intéressantes car elles permettent de créer des liens avec d'autres patients ayant des troubles similaires, tout en entraînant la communication et en faisant des mises en situation écologiques. Elles devront être bien cadrées et préparées pour éviter les situations d'échecs et de rejets.

Enfin, il ne faut pas oublier les associations de patients. Pour Journet J-D et al. (2014), « les orthophonistes doivent inciter les patients mais également leur famille à se mettre en contact, le plus tôt possible, avec les associations ». Elles permettent de redonner au patient un rôle social, d'exister sans l'aidant.

#### **4.1.1.2. Favoriser un sentiment de compétence**

L'estime de soi a besoin d'actes pour se maintenir ou se développer (Lelord et André, 2008). Il faudrait donc donner des défis adaptés à relever, en ayant des attentes mesurées, en suggérant si nécessaire la stratégie pertinente, pour montrer au patient qu'il est capable. « Pour qu'un enfant ressente du succès, il est très important qu'on lui propose des objectifs réalistes tout en ayant la certitude qu'il est capable de les atteindre. » (Duclos, 2000 : p. 37). Selon Philippe Mazet 1990, l'orthophoniste doit proposer des activités appropriées pour permettre à l'enfant de découvrir petit à petit « l'usage agréable de la fonction concernée ». Les activités proposées sont fonction de l'enfant lui-même, de son vécu, de ses possibilités et orientées vers sa réalité quotidienne. La technique des associations de Claude Chassagny est un bon exemple d'exercice permettant d'associer cette recherche de sens, l'autonomie du patient, les défis, la relation.

Nous pouvons être valorisants, car l'estime de soi se développe par les réactions positives des gens ayant de l'importance aux yeux de l'enfant (Duclos, 2000), ce qui nécessite d'avoir développé des liens relationnels avec l'enfant. Ces réactions positives sont stimulantes, l'enfant fixe son attention sur celles-ci et répète les bons comportements pour avoir de nouveau des remarques positives, diminuant par la même occasion les comportements négatifs. En cas de comportement négatif, il est inutile d'utiliser des sarcasmes, des mots blessants et humiliants. Les auteurs suggèrent de blâmer le comportement mais pas la personne, d'apporter un soutien inconditionnel à la personne mais conditionnel à ses comportements (André, 2009).

L'estime de soi a besoin de sens (Mazet, 1990) : il nous semble donc important de bien expliquer au patient le but des exercices proposés, de lui expliquer son trouble, de fixer avec lui les objectifs de rééducation. Le patient, alors actif dans sa prise en charge, va réussir à trouver en lui ses ressources et ses compétences pour avancer.

Nous pouvons encourager le patient à s'investir et à se réaliser dans un domaine dans lequel il se sent compétent, il s'épanouit, aussi bien dans ses loisirs que dans ses choix professionnels. Mazaux et al. (2014 : p.78) notent pour les aphasiques que « le besoin de se réhabiliter à leurs propres yeux est très fort » et qu'ils se détournent des activités langagières et pratiquent d'autres loisirs : la pêche, les promenades et les sports solitaires, les jeux de réflexion (échec, dames).

#### **4.1.1.3. Favoriser un sentiment de sécurité et de confiance**

L'orthophoniste peut aménager son cabinet pour faire en sorte qu'il soit un endroit stable, sécurisant, permettant de favoriser la sécurité physique et psychologique (Fernandez-Houzel, 2009). Il doit être sincère dans ses mots et attitudes, ne pas avoir de dissociations entre ce qui est dit et ce qu'il pense, car cela sera perçu dans la communication non-verbale de l'orthophoniste et provoquera un sentiment de malaise chez le patient (Estienne, 2004). Il peut s'aider d'outils pour les fondements d'une pratique proposés par Françoise Estienne (2004) : écoute active, prise en compte des émotions, non-jugement, bienveillance et bienveillance, analyse transactionnelle (Berne)...

#### **4.1.1.4. Favoriser la connaissance de soi, le sentiment d'identité**

L'orthophoniste peut jouer le rôle de décorateur intérieur, en aidant le patient à prendre conscience de ses qualités et de ses compétences, de ses progrès notamment dans les domaines où il est bon. Cela permet au patient de les fixer en mémoire et de s'appuyer dessus pour surmonter les moments difficiles (Duclos, 2000). Dans les cas où la communication est très atteinte (polyhandicap, aphasie), il est important de chercher à connaître la personnalité du patient (interroger la famille) derrière ses troubles de communication (Cataix-Nègre, 2014) et de surinvestir le non verbal (regard, mimiques, posture...).

L'orthophoniste peut à travers son regard, ses mots, montrer qu'elle croit de manière inconditionnelle en son patient. Alexandre Jollien décrit avec ces termes l'attitude des éducateurs aidants (2007, p.61,62) « Ils avaient confiance en nous, en

nos possibilités. » « Il considérait que chacun détient en lui les solutions et qu'il s'agit simplement de les mettre en lumière. » « Je prenais enfin conscience de ma responsabilité. [...] nos progrès dépassaient tout le travail accompli auparavant ». Il cite les philosophes Hegel et Sartre et montre que le regard d'autrui est très important, il permet de s'élever, de grandir, de devenir pleinement humain. Il construit et structure la personnalité.

## 4.2. Améliorer la communication

En plus d'une rééducation linguistique classique, il est important de travailler la communication du patient dans ses différentes modalités (parole, écriture, mimiques, gestes, regard, dessin...) et avec ses différents partenaires (repérés par exemple via l'évaluation des réseaux sociaux de Blackstone et Berg). En effet, cela permet « d'optimiser la restauration d'une communication fonctionnelle amenant la personne aphasique à devenir plus active dans ses interactions avec autrui » (Benichou-Crochet et al., 2014 : p.136), ce qui la positionne en interlocuteur compétent et renforce son sentiment d'appartenance et d'efficacité.

Cette restauration de la communication passe par des attitudes facilitatrices à apprendre aux interlocuteurs, par l'utilisation de la communication alternative et augmentative, (les signes, les classeurs de communication, des nouvelles technologies...) et par des entraînements. Il est important d'y intégrer tous les constituants de la communication : attitudes relationnelles, émotions et éléments non-verbaux.

L'attitude de l'interlocuteur est essentielle pour assurer une bonne communication, face à une personne aphasique, il est nécessaire de « lui parler en face, lentement. Faire des phrases simples, s'assurer qu'il a bien compris avant de poursuivre. Sinon reformuler autrement. Plusieurs fois si nécessaire. » (Journet J-D et al., 2014). Prendre le temps, utiliser des codes gestuels pour montrer que l'on a envie de parler, que l'on n'a pas compris, expliquer comment la communication du patient fonctionne, les origines de ses erreurs, donner des stratégies aidantes (feedback, relances), prendre en compte la fatigue.

En séance, on peut entraîner et améliorer les activités de la vie quotidienne liées au langage : entrer en contact avec un interlocuteur, participer à une discussion, téléphoner, écouter les informations, regarder la télévision, suivre un récit, lire, écrire, faire des comptes... (Mazaux et al., 2014), ainsi que travailler les

niveaux discursifs, les différents thèmes et les actes de langage (Rousseau, 2001). L'entraînement de l'informativité peut se faire notamment via la P.A.C.E. (Promoting Aphasic Communicative Effectiveness) qui a de nombreux avantages, « par le principe même des tours de rôle, elle redonne au patient aphasique une place d'interlocuteur et renforce l'estime de soi » (Engelhardt M. et al., 2014 : p.103). Enfin, les activités de groupe sont intéressantes, elles « ont peu d'impact sur la récupération du langage, mais elles sont efficaces sur la communication et la qualité de vie » (Engelhardt M. et al., 2014 : p.106).

Le but pour le patient est de retrouver confiance en sa communication et d'avoir un « appétit de communication » important, car « les patients qui communiquent le mieux sont aussi ceux qui communiquent le plus » (Rousseau, 2001, p.15). Dans les pathologies dégénératives, ce maintien de la communication au maximum permet un gain important de qualité de vie. Le bénéfice existe à la fois pour le patient, sa famille et pour la société, car le celui-ci peut rester plus longtemps à domicile (un patient qui ne peut pas communiquer présentera rapidement des troubles du comportement) (Rousseau, 2001).

Les informations concernant la rééducation de la communication, ont été trouvées dans le cadre des prises en charge de l'aphasie et de la démence, mais nous pensons qu'elles peuvent être étendues à d'autres pathologies.

### **4.3. Évaluation et prise en charge bio-psycho-sociale**

L'évaluation bio-psycho-sociale permet d'avoir une image précise du patient sur laquelle l'orthophoniste peut s'appuyer pour prendre en compte les répercussions psycho-sociales de son trouble, renforcer son sentiment d'identité, faire une prise en charge sur mesure adaptée à son mode de vie et à ses valeurs.

De même, l'échange en équipe pluridisciplinaire et avec l'école présente différents avantages :

- Cohérence dans le projet global (notamment le mode de scolarité),
- Meilleure connaissance de la personne et du milieu dans lequel elle évolue,
- Travail du transfert des acquis,
- Investissement de la communication avec les autres acteurs de soins et transmission des stratégies facilitatrices (Hamonet, 2012).

L'orthophoniste a un rôle de prévention, elle informe la société sur les différentes pathologies liées au langage et à la communication. Cela permet de

sensibiliser le grand public, d'obtenir des améliorations de la prise en compte du handicap communicationnel, d'optimiser la participation sociale des personnes avec un handicap communicationnel.

#### **4.4. Situations particulières dans lesquelles l'estime de soi est menacée**

##### **4.4.1. Bilan**

Grégoire (2011), défend l'idée que « les tests et les mesures ne sont jamais que des outils au service des praticiens et que ce sont ces derniers qui ont la responsabilité de les utiliser de manière éthique ». Que ce soit dans la passation, l'interprétation ou la transmission des résultats, les bilans ne doivent pas avoir un effet négatif, ils ne sont que des points de repère. Par exemple, il nous semble important de bien expliquer les modalités de passation du bilan pour ne pas que le patient soit perturbé par le fait que l'orthophoniste soit neutre, qu'elle poursuive l'évaluation malgré les erreurs. L'orthophoniste peut aussi formuler les résultats, les objectifs de récupération en termes positifs, mettre en avant ce qui est fonctionnel et expliquer ensuite ce qu'il faudra travailler.

##### **4.4.2. Erreurs du patient**

L'erreur fait partie du processus normal de l'apprentissage, mais elle ne doit pas trop se répéter car elle portera atteinte à l'estime de soi. L'orthophoniste peut varier les difficultés en proposant des situations où le patient pourra briller, le réassurer et dédramatiser les difficultés, ne pas le laisser sur un échec à la fin de la séance. Il peut utiliser des formulations détournées : « on peut aussi faire comme cela, ça marche mieux comme cela ». Il peut faire verbaliser le patient, chercher avec lui l'origine de l'erreur, travailler le méta apprentissage. Une estime de soi restaurée donne au patient le droit de se tromper sans s'effondrer et permet l'apprentissage (Mazet, 1990).

#### **4.5. L'estime de soi de l'orthophoniste**

Duclos (2000, p.40) résume de cette manière le rôle de l'adulte : « développer l'estime de soi chez les enfants, c'est précisément établir de bonnes relations avec

eux, c'est aussi continuer à développer notre propre estime de nous-mêmes ». La meilleure pédagogie est l'exemple, les enfants intériorisent les manières qu'ont les adultes de se comporter, d'affronter leurs propres difficultés (André et Lelord, 2008). Le patient pourra donc s'appuyer sur la sécurité intérieure de l'orthophoniste qui aura travaillé son estime de soi via les diverses formations, lectures, expériences et analyses de pratique. Il nous semble que l'orthophoniste pourrait s'aider dans cette démarche de son savoir-être, en acceptant ses erreurs et ses imperfections, en passant la main si nécessaire, en refusant les a priori, en prenant conscience de ses réticences vis-à-vis du patient (Estienne, 2004).

## **5. Constat, problématique et Hypothèses**

En regard de cette analyse théorique, il existerait des liens entre handicap communicationnel et atteinte de l'estime de soi. Or, l'orthophoniste, chargé d'évaluer et d'améliorer la communication, met en lumière, par son analyse fine, les difficultés de la personne, ce qui est susceptible de faire baisser son estime de soi.

Notre travail se basera donc sur deux hypothèses :

- Hypothèse 1 : L'orthophoniste a un rôle à jouer dans la restauration, le maintien ou l'amélioration de l'estime de soi du patient porteur de handicap communicationnel.
- Hypothèse 2 : Les orthophonistes travaillant avec des patients présentant un handicap communicationnel mettent en place des stratégies pour restaurer, maintenir ou améliorer l'estime de soi du patient.

# Sujets, matériel et méthode

Les patients présentant un handicap communicationnel ont souvent une estime de soi faible ou sont à risque de voir leur estime de soi baisser, ce qui entrave la rééducation et la réadaptation. Nous avons présenté des pistes de réflexions théoriques dans la partie précédente et nous souhaiterions à présent connaître la situation réelle sur le terrain. La partie pratique de ce mémoire consistera en des entretiens semi-dirigés avec des orthophonistes afin de connaître leur prise en compte de l'estime de soi dans leur exercice professionnel, l'importance qu'ils lui donnent et leurs moyens d'action.

## **1.L'outil méthodologique : l'entretien semi-dirigé**

Nous avons décidé de réaliser une enquête sur les représentations et les pratiques au moyen d'entretiens « centrés d'une part sur les conceptions des acteurs et d'autre part sur les descriptions des pratiques » (Blanchet A., Gotman A., 2007, p.30). L'outil méthodologique choisi est l'entretien semi-dirigé, car il favorise la libre production d'un discours sur un thème donné, ce qui laisse la place à la diversité des points de vue. Il « révèle la logique d'une action, son principe de fonctionnement » (Blanchet A., Gotman A., 2007, p.37). L'entretien semi-dirigé n'est pas un simple prélèvement de discours, on observe une forte influence de l'interviewer et du contexte dans les dires de l'interviewé. Pour A. Blanchet et A. Gotman (2007 : p.115), « ce biais fondamental n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode » mais au contraire une maîtrise des distorsions afin que cette méthode atteigne un statut scientifique. Un questionnaire n'aurait pas permis de faire émerger la richesse des réponses obtenues par l'entretien semi-dirigé. Cette étude ne permettra pas de faire ressortir des données statistiques, mais ce n'est pas son objectif. Néanmoins la rigueur scientifique reste présente grâce à l'utilisation d'une méthode structurée : l'entretien semi-dirigé.

L'entretien était enregistré, pour nous permettre d'être disponibles et de mettre en place des stratégies d'écoute et d'intervention (Blanchet A., Gotman A., 2007). La trame de l'entretien est disponible en annexe 4. Les questions de cette trame abordent les différentes thématiques en lien avec la théorie et avec nos hypothèses de recherche. Elles suivent une progression détaillée dans la partie résultats. En premier lieu, la notion d'estime de soi est introduite, puis son lien avec le handicap communicationnel. Il est ensuite question de la présence de cette problématique dans la pratique et des moyens utilisés par les orthophonistes pour maintenir l'estime

de soi. L'entretien se termine sur l'importance de l'estime de soi et des éléments transversaux dans la rééducation. Les orthophonistes n'avaient pas l'obligation de respecter l'ordre des questions, ils pouvaient aborder plusieurs thématiques à la fois. Des relances en lien avec la théorie étaient préparées pour chaque question en cas de difficultés des orthophonistes. L'analyse de contenu se fera via une analyse thématique verticale et horizontale, pour à la fois prendre en compte chacune des ergonomies cognitives et avoir une vision transversale de l'enquête.

## **1. Le choix de la population**

### **1.1. Critères retenus**

La population est constituée de dix orthophonistes. Ce chiffre était décidé à l'avance, il permet de confronter plusieurs visions tout en évitant d'avoir trop d'entretiens, ce qui nous contraindrait à enlever des informations intéressantes, l'analyse se voulant avant tout qualitative.

Le choix des personnes contactées s'est fait en fonction de leur éventuel intérêt pour le sujet et/ou de la diversité de leurs modes d'exercices et/ou de leur type de patientèle, permettant d'avoir une vision élargie du handicap communicationnel. Le mode d'accès à la population n'est donc pas neutre, mais nous ne souhaitons pas avoir un échantillon représentatif de la population des orthophonistes, nous préférons avoir une efficacité de recherche et de contenu sur les pratiques dans le cadre du handicap communicationnel. La population finale est constituée de neuf femmes et un homme. Elle comprend cinq anciens maîtres de stage, trois professeurs de l'institut d'orthophonie ayant évoqué au cours de leurs enseignements des éléments se rapprochant du sujet, deux orthophonistes ayant entendu parler du sujet du mémoire et ayant émis le souhait d'y participer. Neuf orthophonistes exercent dans le nord de la France, quatre en région lilloise, six dans l'Avesnois (région rurale, la patientèle des orthophonistes libéraux est variée en raison du faible nombre de structures) et une orthophoniste exerce en Charente. Ils ont été sollicités par message électronique leur présentant le sujet du mémoire, les modalités de l'entretien et la trame de l'entretien afin de mieux cerner le sujet et de faire émerger des idées pour que les entretiens soient les plus riches possible. Au total, douze orthophonistes ont été contactés, seulement deux n'ont pas donné suite au message. Les entretiens se sont déroulés en face à face sur le lieu de travail des

orthophonistes pour huit d'entre eux. Un entretien a été réalisé par téléphone car l'orthophoniste habitait trop loin, un dernier au domicile de l'orthophoniste.

## **1.2. Présentation de la population**

Les informations personnelles demandées aux orthophonistes avant les entretiens sont la durée d'exercice de leur profession, les domaines dans lesquels ils ont exercé et s'ils ont fait des formations en rapport avec le sujet du mémoire. Ces informations nous permettent de faire du lien avec leurs expériences au cours de l'entretien.

O1 travaille depuis quatorze ans dans l'Avesnois. Elle a une activité mixte libérale et S.E.S.S.A.D. troubles envahissants du développement (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile). Elle est aussi éducatrice spécialisée et a fait un an de spécialisation en psychiatrie.

O2 exerce le métier d'orthophoniste depuis quatre ans. Elle a travaillé en surdité et travaille actuellement en activité libérale en région lilloise. Concernant les formations en lien avec le sujet, O2 a fait trois années de master en tronc commun avec la formation de psychologue. Elle a effectué plusieurs formations professionnelles : Lidcombe, Love and logic, bégaiement, D.N.P. (dynamique naturelle de la parole) et guidance parentale.

O3 travaille depuis neuf ans, elle exerce en région lilloise, en activité mixte libérale (grand handicap) et en Maison d'Accueil Spécialisée. Elle a aussi une activité de prévention. Elle a fait plusieurs formations en communications alternatives et augmentatives : C.H.E.S.S.E.P. (Communication Grand Handicap, Évaluer, Situer, S'adapter, Élaborer un Projet individualisé), P.E.C.S. (Picture Exchange Communication System), P.O.D.D. (Pragmatic Organisation Dynamic Display).

O4 travaille depuis trente-huit ans, elle exerce dans un I.T.E.P. (Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique) en région lilloise. Auparavant, elle a travaillé en pédopsychiatrie, Centre Médico-Psychologique et en hôpital psychiatrique.

O5 exerce le métier d'orthophoniste depuis trente-six ans. Elle travaille en région lilloise et est en disponibilité de la fonction publique hospitalière. Elle travaillait auparavant en hôpital, en services de neurologie, gériatrie et pédopsychiatrie. Elle a effectué une formation de scénothérapeute.

O6 travaille depuis trente-quatre ans dans l'Avesnois, en activité mixte libérale et centre hospitalier (déglutition, communication et soins palliatifs). Elle a travaillé auparavant en Institut médico-éducatif et en pédopsychiatrie. En formation continue en lien avec ce mémoire, elle a fait une formation sur le bégaiement.

O7 travaille depuis onze ans en libéral dans l'Avesnois. Elle a fait une formation en gestion mentale, en D.N.P. (Dynamique Naturelle de la Parole) et en L.S.V.T. (Lee Silverman Voice Treatment).

O8 travaille depuis vingt ans dans l'Avesnois, il est salarié en S.E.S.S.A.D. surdité (Service d'Education Spéciale et de Soins   Domicile). Il s'est formé à la méthode verbo-tonale.

O9 exerce en Charentes. Elle a une activité mixte libérale et Maison d'Accueil Spécialisée polyhandicap. Elle travaille depuis quinze ans. Elle a fait plusieurs formations en lien avec le sujet : L.S.F. (langue des signes française), L.S.V.T. (Lee Silverman Voice Treatment), Diplôme Universitaire en bégaiement, Lidcombe, dialogoris, ateliers de parents.

O10 travaille dans l'Avesnois en activité libérale depuis trente-huit ans. Auparavant, elle a travaillé en Institut Médico-Educatif, en centre Médico-Psychologique et en surdité.

La durée des entretiens a varié de quarante minutes à une heure cinquante. Quatre entretiens ont été réalisés avec une contrainte temporelle car les orthophonistes avaient bloqué un créneau entre deux patients. Ces aspects temporels sont regroupés dans le tableau suivant.

<b>nom</b>	<b>Durée de l'entretien</b>	<b>Contraintes temporelles</b>
O1	1h15	non
O2	48 minutes	oui
O3	48 minutes	oui
O4	1h50	non
O5	46 minutes	oui
O6	45 minutes	non
O7	40 minutes	non
O8	1h23	non
O9	1h00	oui
O10	57 minutes	non

**Tableau I : durée des entretiens.**

# Résultats

L'analyse des résultats consistera en une recherche et mise en lien des thèmes et des citations soulevés par les orthophonistes. Chaque question sera abordée individuellement et les réponses seront traitées de manière fréquentielle et thématique. Une seconde partie sera consacrée aux thèmes annexes, abordés spontanément par les orthophonistes, qui n'apparaissent pas dans la trame, mais qui apportent un éclairage à ce mémoire. Cette partie sera particulièrement intéressante, car elle permettra de voir les éléments que nous avons écartés ou omis et qui sont importants pour la pratique professionnelle.

Les relances ont été peu utilisées, car les orthophonistes parvenaient à répondre spontanément aux questions. Elles ont néanmoins été nécessaires pour deux questions :

- La question 1. Les éléments donnés aux orthophonistes sont disponibles en annexe 5. Ils avaient pour objectif de donner une dynamique et de fixer dès le début de l'entretien le cadre de la discussion.
- La question 6. Celle-ci touche au cœur du sujet, il était donc important de s'assurer que la réponse était complète et aboutie. Les orthophonistes étaient invités à ajouter des éléments en cas de réponse trop brève. Nous les incitions également à approfondir et à expliciter les pistes proposées.

## **1. Réponses aux questions de la trame**

### **1.1. Question 1 : définition de l'estime de soi**

**Question 1 :** Globalement, l'estime de soi serait l'opinion que l'on a de soi-même. Une estime de soi saine pourrait être définie comme le sentiment durable d'être une personne méritante et de valeur malgré ses erreurs et ses défauts, accepter que l'on puisse ne pas réussir. Elle consiste à s'aimer et à s'accepter tel que l'on est. Quels éléments ajouteriez-vous pour définir l'estime de soi ?

*L'objectif de cette première question est de baliser le sujet et ses limites tout en laissant suffisamment d'ouverture pour que les orthophonistes puissent y aborder leur propre vision et conception de l'estime de soi.*

**Analyse fréquentielle**

- Ajouts : 7
- Aucun ajout : 1 (O1)
- Pas d'ajouts, mais des questions supplémentaires concernant les termes liés à l'estime de soi (confiance en soi, analyse de soi) : 2 (O4 et O3).

**Analyse thématique**

Voici les propositions d'ajouts :

- L'estime de soi permet de progresser : 3 (O6, O8 et O10),
- L'estime de soi peut être un outil pour surmonter les échecs, le handicap : 2 (O2 et O7),
- « L'estime de soi est aussi, en parallèle avec l'intelligence de soi, la capacité à s'adapter et à braver les épreuves même en cas de handicap » (O2)
- La construction de l'estime de soi : 3 « Toute sa vie » (O2), « Par l'expérience » (O9),
- « Elle nécessite un travail sur soi » (O10)
- Le sentiment de la continuité d'être soi-même dans les différentes situations : 1 (O9),
- La participation de l'autre : 1 (O9) « Pour être moi, j'ai besoin des autres, que l'autre me regarde et m'écoute et me renvoie par son regard et son écoute que je suis cette personne méritante et de valeur. »

*Après avoir répondu à cette première question, des éléments de la théorie sur l'estime de soi (présents au point 1.4.1. de la théorie) étaient amenés à chaque entretien, à savoir les trois composantes de l'estime de soi selon Christophe André (amour de soi, vision de soi et confiance en soi), les variations de l'estime de soi, les processus internes et externes et les critères d'une mauvaise estime de soi. Il était alors proposé aux orthophonistes de rebondir sur ces éléments.*

**Analyse fréquentielle**

Nombre de réactions par rapport aux éléments théoriques :

- Les trois composantes de l'estime de soi : 5
  - L'amour de soi : 5
  - La confiance en soi : 5

- Les processus internes et externes : 3
- La maîtrise du sujet : 5

### **Analyse thématique**

Concernant l'**amour de soi**, les orthophonistes soulignent :

- L'importance de l'enfance (son vécu et l'amour reçu) : 2 (O6 et O10),
- La primauté de l'amour de soi sur la vision de soi et la confiance en soi : 2 (O8 et O10),
- L'influence parfois péjorative du handicap : 1 (O6),  
« Quand le bébé arrive et qu'il a un handicap, il y a une répulsion. La maman a du mal à le prendre dans ses bras. D'emblée avec ces enfants-là, on a un gros travail à faire sur l'estime de l'enfant. Il va falloir trouver des moyens pour que la famille ait du plaisir avec lui et l'accepte tel qu'il est »
- La visibilité du manque d'amour de soi en séance : 1 (O1),  
« L'enfant met des choses en place pour attirer l'attention », « On sent qu'il y a une douleur sous-jacente ».
- Un questionnement par rapport aux liens avec les capacités de résilience : 1 (O4).

Deux orthophonistes commentent la **confiance en soi** :

- Elle est observable en rééducation: 1 (O1)
- Le manque de confiance en soi peut rendre un enfant violent : 1 (O4)

Pour les orthophonistes, les **processus externes** :

- Sont superficiels et ne doivent pas être investis : 1 (O8),
- Peuvent permettre d'aider l'enfant handicapé à passer l'adolescence : 1 (O6),
- Pourraient être inversement proportionnels aux processus internes : 1 (O1)  
« Montrer tout ce que l'on possède, parce qu'à l'intérieur on ne se sent pas posséder des choses intéressantes ».

Concernant la **maîtrise du sujet**, les orthophonistes :

- Considèrent qu'ils avaient une bonne connaissance du concept d'estime de soi : 2 (O7 et O8),
- Ont lu des ouvrages d'auteurs ayant écrit sur l'estime de soi : 2 (O9 et O2),

- Restent en difficulté pour délimiter le concept d'estime de soi après l'apport des éléments théoriques : 1 (O4).

### **Commentaire :**

Cette première question fait émerger l'étendue et la complexité de l'estime de soi selon les représentations de chacun. Des premiers liens avec la pratique orthophonique sont réalisés.

## **1.2. Question 2 : lien entre handicap communicationnel et estime de soi**

**Question 2 :** Selon vous, un patient se retrouvant régulièrement en situation de handicap communicationnel risque-t-il d'avoir une mauvaise estime de soi ?

*Cette question avait trois objectifs : relier handicap communicationnel et estime de soi, expliquer le lien et faire émerger des exemples.*

### **Analyse fréquentielle**

- Oui : 6, des exemples de patients pris en charge sont donnés
- Oui, mais d'autres facteurs entrent en jeu : 6
- L'atteinte de l'estime de soi ne se limite pas au patient et peut atteindre son entourage : 3

### **Analyse thématique**

Pour six orthophonistes interrogés, un patient se retrouvant régulièrement en situation de handicap communicationnel risque d'avoir une **mauvaise estime de soi**. Ceci est lié :

- Aux éléments qui entourent le handicap : 4,  
« Le regard porté sur le handicap » (O6) « La différence » (O1) « La pose de diagnostic qui tombe comme un couperet » (O2)
- Aux mots blessants des adultes : 6, en particulier les parents et parfois les enseignants, qui « enfoncent le clou » (O6), « ne voient que le négatif » (O7). Ces mots « vont marquer toute la vie » (O1)
- Aux échecs de communication : 4 (O1, O2, O3, O8)

Le patient est en difficulté pour parler, pour comprendre, il interagit avec un interlocuteur qui ne sait pas toujours s'ajuster. Pour O2, « Le handicap communicationnel est dans la relation à l'autre, on ne peut pas prédire la réaction de l'autre, [...] c'est là l'importance de notre travail d'acte communicant, de faire entendre à l'enfant que ce n'est pas parce qu'il y a des soucis de communication que cela va mal se passer ».

Pour illustrer ces propos, de nombreux exemples de patients pris en charge ont été donnés. Ils concernent les pathologies suivantes :

- Le bégaiement : 6 (O1, O2, O5, O6, O9, O10)
- La dyslexie dysorthographe : 4 (O3, O5, O8, O10)
- La surdité : 4 (O2, O6, O8, O9)
- L'aphasie : 3 (O5, O6, O10)
- La dysphasie : 2 (O1, O2)
- Les enfants surdoués : 2 (O2, O3)
- Les aidants dans le grand handicap : 2 (O3, O5)
- La maladie d'Alzheimer : 2 (O1, O2)
- Le mutisme sélectif: 1 (O2)
- Les enfants avec troubles du comportement : 1 (O4)
- La voix : 1 (O5)
- Les enfants dont la langue maternelle n'est pas le français : 1 (O5)
- Les enfants placés : 1 (O1)

O4 et O8 ajoutent qu'il est nécessaire de ne pas faire de généralités, de faire attention à nos projections sur certaines pathologies.

L'estime de soi peut être maintenue malgré les situations de handicap communicationnel car d'autres **facteurs** entrent en jeu :

- Les expériences de vie: 1,  
« Ce sont les expériences de vie qui font que l'estime de soi est mise à mal ou pas. Si on a une basse estime de soi à la base, lorsqu'il y a une expérience négative, on nourrit la blessure, si au contraire l'estime de soi est bonne, cela permet de surpasser l'expérience négative » (O2)
- La compensation de l'incapacité par investissement du patient dans un autre domaine (arts, sport...) : 3,

- Le type de pathologie, qui ne permet pas toujours d'avoir une estime de soi :

- En cas de handicap lourd : 2 (O6 et O3).

O6 signale qu'il est difficile de savoir ce que l'enfant perçoit vraiment, même si l'on voit dans le non-verbal lorsque quelque chose ne va pas.

- En cas de trouble envahissant du développement et d'absence de théorie de l'esprit : 1 (O1).

O1 explique que ces patients ont des sentiments, des émotions, mais ne sont pas dans la crainte de ce que les autres vont penser d'eux. Elle demande à un patient : « Alors tu es fier ? », il lui répond : « C'est quoi fier ? » Après explications, il signale que cela lui est complètement égal.

L'atteinte de l'estime de soi de l'**entourage** est due :

- A un investissement intense menant à l'épuisement, aux situations d'échecs répétés rencontrés dans le grand handicap (infirmité motrice cérébrale, trisomie, syndrome d'Angelman, autisme) : 3 (O6, O3 et O5)

« C'est un paramètre important » O5

- Au développement de l'estime de soi de l'enfant handicapé « petit roi » (O5) au détriment de celle du parent : 1

« L'une des estimes ne doit pas se faire aux dépens de l'autre » (O5)

### **Commentaire :**

Les orthophonistes ont mis en lumière de nombreuses situations de patients rencontrés dans leur pratique. Le lien entre handicap communicationnel et estime de soi n'est pas simple : l'atteinte de l'estime de soi dépend de multiples facteurs, chaque histoire est différente. L'atteinte est liée aux situations de difficultés ou d'échecs rencontrés au quotidien, mais celles-ci ne suffisent pas à affirmer qu'une situation de handicap entraînera une basse estime de soi chez le patient.

### **1.3. Question 3 : présence de l'estime de soi au sein de la pratique**

**Question 3 :** Est-ce un sujet qui vous a déjà interpellé dans votre pratique professionnelle?

*Par cette question, nous cherchons à savoir si la problématique de l'atteinte de l'estime de soi chez l'un de leurs patients a déjà suscité un questionnement chez les orthophonistes interrogés.*

### **Analyse fréquentielle**

Réponses des orthophonistes :

- Oui, l'attention à l'estime de soi du patient fait partie intégrante de la pratique orthophonique, de manière consciente : 8,
- Oui, cette attention est présente, de manière inconsciente et non identifiée: 2 (O7 et O3).

### **Analyse thématique**

Une première notion de **nécessité** se dégage rapidement à la synthèse des différentes réponses : 4

- « C'est une chose à côté de laquelle on ne peut pas passer » (O8),
- « Pour tous mes patients il est question de l'estime de soi, tous mes patients m'interpellent parce que j'ai toujours cela en filigrane » (O5),
- « C'est même réflexe » (O1),
- « Je ne peux pas en faire l'économie » (O9).

Cette nécessité provient :

- Des secteurs d'exercice professionnel : 2
  - « La pédopsychiatrie », « les pathologies très lourdes où les gens étaient vraiment en grande souffrance » O6
  - « Les enfants qui ont des troubles de l'attachement, une image d'eux-mêmes cassée » O4
- Des relations interpersonnelles : 1
  - « C'est à la base de toute relation humaine, de toute interaction » (O10)

Il apparaît également que le terme d'estime de soi n'est pas toujours bien **défini** et individualisé dans la pratique : 4 (O4, O8, O7, O3)

- « Ce n'est peut-être pas la tradition orthophonique d'avoir ces termes-là dans l'évaluation . [...] Le mot confiance en soi revient plus que le mot estime de soi » O8.

Pour deux orthophonistes (O3, O4), la trame de l'entretien permet de s'interroger sur le sujet.

Néanmoins, trois orthophonistes (O1, O2, O3) mettent des **limites** à la prise en compte de l'estime de soi, l'orthophoniste n'est pas psychologue.

### **Commentaire**

L'estime de soi du patient était donc prise en compte de manière évidente par tous les orthophonistes, mais de manière inégalement consciente et conceptualisée. La trame de l'entretien leur permet de réfléchir à sa place, sans dévier vers le travail du psychologue.

## **1.4. Question 4 : signes d'une basse estime de soi**

**Question 4** : Quels signes, quelles attitudes vous ont déjà fait penser à une estime de soi basse chez un patient lors des séances d'orthophonie?

*Cette question a pour objectif de faire ressortir les signes d'une basse estime de soi identifiés lors des rééducations orthophoniques.*

### **Analyse fréquentielle**

- Plus de cinq éléments : 8
- Moins de cinq éléments : 2

### **Analyse thématique**

Les éléments donnés se situent au niveau :

- Verbal : 7, discours négatif, écriture illisible pour ne pas montrer ses difficultés,
- Non verbal : 6, respiration, fuite du regard, posture, rougissement, le dessin réalisé par exemple « Essentiellement avec du noir, très agressif dans les traits, avec un récit du dessin tout à fait inquiétant » (O5)
- Des émotions: 5, anxiété, doute, tristesse, colère, pleurs, agressivité chez la personne âgée,
- Des comportements : 10, ils sont décrits ci-dessous.

Au niveau des **comportements** les orthophonistes observent :

- Différentes formes d'inhibitions : 5 (manque de spontanéité, d'assurance, peur de répondre, fermeture de l'enfant sur lui-même, blocages, refus d'affronter le risque d'échecs...)

- De l'arrogance : 4

- Des patients dans la maîtrise, qui font illusion : 4.

Pour O2, ils portent un masque et viennent s'effondrer quand on travaille la connivence, la relation d'aide.

- Des attitudes de dénigrement, de dépréciation de soi-même ou de ses performances : 3

- Une attitude sur la défensive, en retrait : 3

- Une passivité : 1, O9 parle d'enfants « qui n'ont pas d'autonomie de jugement, ni de choix, qui ont toujours un sourire accroché sur la figure et qui ne disent jamais non et ne donnent pas leur avis »

- Un manque de connaissance de soi : 1 (O2)

- Une appréhension des réactions de l'adulte : 1, « Est-ce qu'il n'a connu que l'adulte avec des exigences et une certaine rigidité? » (O5).

### **Commentaire**

Les signes décrits par les orthophonistes sont précis et nombreux, laissant supposer que le manque d'estime de soi est facilement visible et identifiable en séance.

## **1.5. Question 5: situations à risque pour l'estime de soi**

**Question 5** : Plus précisément, comment procédez-vous pour maintenir l'estime de soi lors:

- Des bilans?
- Des erreurs du patient?
- Des retours sur la rééducation auprès de la famille?
- De la guidance parentale?
- Des réunions scolaires et/ ou pluridisciplinaires?

*Cette question permet de rentrer au cœur du sujet, de connaître la manière de procéder face aux situations à risque pour l'estime de soi. Les orthophonistes sont-ils attentifs à ces situations ?*

### 1.5.1. Les bilans

#### **Analyse fréquentielle**

Les stratégies mises en place pour maintenir l'estime de soi lors des bilans concernent :

- Les attitudes relationnelles : 7
- L'adaptation de la passation du bilan: 5
- L'explication des résultats : 2

#### **Analyse thématique**

Les **attitudes relationnelles** proposées consistent à encourager, rassurer, faire des renforcements positifs, avoir une attitude empathique et bienveillante avec le patient. O1 tempère ces aspects : l'orthophoniste est obligé d'être assez neutre lors du bilan, ce qu'elle explique au patient.

Lors de l'accueil du patient, l'orthophoniste :

- Installe très rapidement la relation d'aide et la confiance : 1
- Montre ce qu'il a compris de la demande explicite ou implicite, explique le trouble et la manière dont va se dérouler le bilan : 2

La **passation** du bilan peut être adaptée :

- Entrer dans la communication avant de faire des bilans normés, faire des jeux sans paroles : 1 (O2)
- Choisir l'endroit du bilan (la petite table)
- Commencer par une épreuve facile : 1 (O7)
- Réaliser le bilan sur plusieurs séances pour ceux qui ont une faible estime d'eux-mêmes : 1, « Car ils ratent beaucoup plus que ce qu'ils savent faire » (O1)
- Faire deux types d'évaluations : 1, une évaluation normative et un bilan de l'enfant par rapport à lui-même l'année précédente. Cela permet de dire aux parents : « Il a tel niveau, mais il y a un bond en avant par rapport à l'année dernière » (O8).

- Faire une notation sans signes de réussite ou d'échec : 2, (trouver d'autres symboles, tout traduire). O4 explique à l'enfant que « Ce ne sont pas les fautes qui nous intéressent, mais comment il fait ».

L'**explication des résultats** consiste à faire ressortir ce qui est positif, et à expliquer les axes qu'il va falloir développer.

### 1.5.2. Les erreurs du patient

#### Analyse fréquentielle:

Les stratégies utilisées lorsque le patient fait une erreur sont :

- La relativisation de l'erreur : 9
- Choisir un matériel avec lequel le patient n'est jamais en échec : 2

#### Analyse thématique:

Pour **relativiser** les erreurs, les orthophonistes :

- Expliquent qu'il est normal de faire des erreurs: 4  
« Une erreur ce n'est pas une faute, c'est une difficulté à surmonter », « C'est humain, ça fait partie des apprentissages » (O2),
- Expliquent l'erreur par rapport à la pathologie : 4.  
O10 explique à l'adulte aphasique le mécanisme qui entraîne une paraphasie phonémique,
- Évitent d'insister sur l'échec : 4  
« Dans la méthode Lidcombe, on fait 5 compliments pour une erreur relevée » (O2).
- O3 ne dit pas « C'est faux » ou « Non », elle dit « C'est presque ça »,
- Évitent que le patient se sente jugé: 2
- Rien de l'erreur avec le patient, passent par l'humour : 2.

Les orthophonistes expliquent le **choix** d'un matériel qui ne met pas l'enfant en échec :

- « Quand l'enfant vient en séance, il a besoin d'être rassuré, d'être confiant et d'enlever la pression, sinon il se sentira mauvais à l'école et en orthophonie » (O1).
- « Dans la vision verbo-tonaliste, l'enfant ne fait pas d'erreurs, c'est le rééducateur qui a proposé un exercice trop difficile. On est donc peut-être amené à baisser le niveau, mais au moins on aura terminé sur quelque chose de positif » (O8).

### 1.5.3. Les retours sur la rééducation auprès de la famille

#### Analyse fréquentielle

Les stratégies utilisées pour maintenir l'estime de soi lors des retours sur la rééducation sont :

- La valorisation : 5
- L'objectivité: 4

#### Analyse thématique

Les orthophonistes justifient l'importance de la **valorisation** :

« Les parents se focalisent sur ce qui est difficile et n'ont plus conscience des capacités de l'enfant » (O6).

« Il est nécessaire d'insister sur ce qui est positif et pas seulement au niveau du langage » (O1).

Quatre orthophonistes choisissent de faire des retours **objectifs**. Pour maintenir l'estime de soi, l'orthophoniste :

- Recadre, replace les limites (par rapport aux exigences de l'école) et réajuste la demande en repartant des chiffres des bilans : 1 (O5). Elle rappelle « D'où nous sommes partis, et où nous sommes actuellement et où nous allons »,
- S'appuie sur la parole des familles : 1 (O4),
- Explique les difficultés pour qu'elles ne soient pas considérées comme des fautes, pour donner du sens à certains comportements: 1 (O4). Par exemple, un niveau de compréhension très faible empêche l'enfant de comprendre ce qui est attendu.

### 1.5.4. La guidance parentale

#### Analyse fréquentielle

Les stratégies utilisées par les orthophonistes sont:

- La présence des parents lors des séances: 4
- Les stratégies relationnelles : 6

#### Analyse thématique

Deux orthophonistes refusent le terme de « guidance parentale » présent dans la question et préfèrent parler « d'accompagnement » (O4 et O3).

La **présence des parents** lors des séances permet :

- De porter un regard et une attention sur l'enfant: 2 (O6 et O8)

« Quand il n'y a pas de langage, un fossé s'est creusé entre l'enfant et l'adulte. On fait des choses avec l'enfant devant les parents pour leur prouver que c'est possible et on travaille la restauration de l'image de l'enfant auprès du parent » (O6)

- De donner des conseils, d'impliquer les parents : 3

« Faites en sorte de parler tout le temps à votre enfant, avec des appareils qui fonctionnent » (O8), « Vous le voyez tous les jours, c'est vous qui allez faire le travail, moi j'accompagne ».

- De travailler en situation écologique au domicile :1 (O3)

« Ce sont les parents qui montrent et on ajuste ». Elle dit « C'est exactement comme ça, et si on faisait en plus comme ça ? ».

Les **stratégies relationnelles** utilisées lors de l'accompagnement parental sont :

- La déculpabilisation des parents: 4

« Les parents se posent beaucoup de questions, ils se demandent ce qu'ils ont raté » (O9).

O1 leur dit simplement : « On sait que vous faites de votre mieux ». Cela apaise les parents et leurs enfants se sentent mieux.

- L'accompagnement à la parentalité : 2

O9 ne présuppose pas d'emblée que l'enfant veut l'embêter, ce qui est fréquent dans l'éducation telle qu'on la pense. Elle travaille avec les parents sur les causes d'un comportement et les réactions de l'adulte qui renforcent ou non ce comportement. Avec l'enfant, elle verbalise beaucoup, décrit la situation qui pose problème plutôt que de donner un ordre, pour ne pas rentrer dans une lutte de pouvoir qui encourage le bégaiement. Elle met très tôt l'enfant en responsabilité. Plutôt que de dire « Maintenant tu ranges », elle dit « Tu as un gros problème parce que tout est par terre et dans cinq minutes, il y a un autre enfant qui arrive et il faut que mon tapis soit dégagé ».

O2 travaille sur l'image que le parent renvoie à l'enfant, elle vient sonder ce que le parent pense de l'enfant. Elle observe différentes attitudes, par exemple un parent réticent, qui ne veut pas faire grandir son enfant, un parent anxigène qui met une pression importante sur l'enfant (elle conseille pour eux d'éviter les grilles de notation avec lesquelles il faut à tout prix que l'enfant progresse). Elle choisit de

prendre le parent le moins pathologique pour accompagner la prise en charge  
 « Vous monsieur, je trouve que vous avez quelque chose à apporter à votre enfant, êtes-vous d'accord pour venir? ». Pour le bégaiement elle demande de ne se concentrer que sur ce qui va bien et de valoriser tout le temps l'enfant.

- L'intervention lorsque le parent porte un discours négatif sur l'enfant: 2

O2 explique aux parents : « Votre enfant a besoin d'entendre des choses qui vont bien, il n'est pas que sourd ou il n'est pas que bègue, il sait faire plein d'autres choses. Il a des passages de bégaiement, mais on va se concentrer sur les passages où il ne bégaie pas et le valoriser ». Elle se rend compte que c'est difficile pour les parents. Elle leur apprend à faire « C'est bien dit! » (les parents pensent que l'enfant sait quand il fait bien, ce qui n'est pas toujours le cas). D'un coup, « Il y a un foisonnement d'amour pour l'enfant, toute la dynamique d'amour est relancée ». Elle indique aux parents : « Les compliments, la valorisation, c'est comme un médicament pour l'enfant. Il ne va pas bien? Il y a des passages plus difficiles ? On lui redonne une dose ». Lorsqu'elle entend un parent dire: « Il est incapable de faire ci, il est incapable de faire ça », elle lui demande d'arrêter d'utiliser ces mots-là, car ils sont toxiques.

O7 demande aux parents de faire une liste de ce que l'enfant sait faire. Les parents trouvent des éléments mais n'y accordent pas beaucoup d'importance car ils voudraient que l'enfant soit parfait, « Il y a une pression du côté familial et du côté de l'école ».

- L'écoute: 2 (O4 et O5)

O5 insiste sur l'importance de la confiance dans l'échange avec les parents.

### **1.5.5. Les réunions scolaires et/ ou pluridisciplinaires**

#### **Analyse fréquentielle**

Les stratégies des orthophonistes pour maintenir l'estime de soi du patient lors des réunions scolaires et / ou pluridisciplinaires consistent à :

- Avoir une action ciblée pour le patient : 7
- Échanger avec les intervenants : 5

#### **Analyse thématique**

L'**action ciblée** des différents intervenants permet :

- D'individualiser la prise en charge : 2

- « De dresser un état des lieux avec des pistes de travail » (O8)
- « De renvoyer chacun à ses attentes par rapport à l'enfant » (O4)
- De travailler l'insertion : 1 (O6) « Trouver une amélioration, une adaptation » (O6)
- De ne pas faire d'intégration scolaire forcenée : 1 (O4).

Les **échanges** avec les intervenants :

- Renforcent la connaissance du patient: 3
- « Il joue différemment dans l'interaction et dans l'expression des compétences »(O4).
- « Cela permet de mieux connaître l'enfant et les domaines dans lesquels il peut être valorisé » (O2).
- « L'orthophoniste peut aussi éclairer l'école sur ce que l'enfant est capable de faire en relation duelle, dans une situation où il n'est pas en échec » (O6).
- Permettent d'expliquer la pathologie : 3
- « L'instituteur dit souvent que grâce à notre intervention, il arrive à comprendre pourquoi l'enfant n'y arrive pas » (O6).
- Doivent tenir compte du secret professionnel: 2
- « Il faut se mettre d'accord avec le patient sur ce qui va être dit » O9.

### **Commentaire**

Les situations à risque pour l'estime de soi sont bien prises en compte par les orthophonistes (bilan, erreurs du patient, retours sur la rééducation, accompagnement parental et réunions scolaires et / ou pluridisciplinaires). Les stratégies adoptées diffèrent en fonction du lieu d'exercice et des sensibilités de chacun.

## **1.6. Question 6: stratégies des orthophonistes**

**Question 6** : Quelles sont vos stratégies pour développer ou maintenir une bonne estime de soi chez le patient?

*Cette question est centrale pour ce mémoire et permet de lister toutes les stratégies aidantes pour un patient en situation de handicap communicationnel.*

### 1.6.1. Attitudes relationnelles

#### Analyse fréquentielle

Les attitudes relationnelles concernent :

- La relation d'aide : 7
- La valorisation, les encouragements et le renforcement verbal : 6
- L'abord du trouble : 5

#### Analyse thématique

Concernant la **relation d'aide**, les orthophonistes :

- Installent un cadre de rééducation : 2, une interaction constante,
- Installent une connivence : 3.

Ils mettent le patient à l'aise, acceptent les émotions, ne se positionnent pas comme quelqu'un de tout puissant.

« C'est important pour le patient d'être face à quelqu'un qui sait des choses, mais si on manifeste un peu de modestie, on s'aperçoit que le patient peut parler plus facilement » (O10).

- S'adaptent au patient : 3

O1 signale la nécessité de faire attention aux étiquettes posées, notamment concernant les problèmes de comportement, afin que l'enfant ne grandisse pas en pensant qu'il ne peut pas évoluer autrement.

- Ont une attitude non-verbale sécurisante et disponible: 3
- Choisissent la neutralité : 1 (O4)

Elle préconise « d'avoir conscience des ressorts psychologiques de l'autre et non pas d'appliquer ce que l'on pense qui est bien, [...] de ne pas nier sa façon d'être au monde».

- Autonomisent le patient : 1 (O9)

Elle fixe ce qu'elle accepte ou non, elle installe la notion de responsabilité, la capacité de faire un choix autonome, le respect mutuel.

Les **renforcements positifs** sont très importants :

« On dit toujours à un enfant quand ce n'est pas bien, jamais quand c'est bien » (O3)

Différentes attitudes sont mises en place pour **aborder les difficultés** :

- Dédramatiser et utiliser l'humour : 4,

- Maintenir et développer la motivation : 3

Faire en sorte que tout se fasse dans le plaisir, laisser le temps au patient,

- Reformuler les difficultés: 2,

- Surveiller l'état de fatigue de l'enfant : 1 (O1).

### **1.6.2. Moyens**

#### **Analyse fréquentielle**

- Vision transversale du patient : 8

- Analyse de pratiques : 5

- Le choix du niveau de difficulté des exercices de rééducation : 5

- Méthodes : 3

- Moyens matériels : 3

#### **Analyse thématique**

La **vision transversale** du patient a plusieurs intérêts :

- Voir le patient dans sa globalité : 4

« Telle compétence n'est pas bonne, mais l'enfant est capable de faire beaucoup d'autres choses » (O8)

- Utiliser les centres d'intérêts du patient dans la rééducation comme sujet de communication, lui faire nous apprendre des choses : 5

- Proposer au patient de s'investir dans d'autres domaines : 3

« On prive parfois les personnes qui ont un handicap de certains apprentissages alors qu'il n'y a pas de raison (natation, suivre la mode...) » (O6)

- Connaître l'histoire du patient : 2

« Pour les adultes, il est intéressant de connaître la vie d'avant l'accident, la voix d'avant (répondeur téléphonique) » (O3)

- Être là quand l'enfant a besoin : 1 (O8)

D'autres actions menées par les orthophonistes sont développées au point 1.10.

L'**analyse de pratique** consiste à réfléchir sur:

- Les prises en charge : 3,

O3 propose d'analyser les comportements avec l'enfant, de lui demander « Alors qu'en penses-tu ? »,

O1 cherche le sens que l'enfant met sur sa rééducation « Dans quelle mesure la relation est-elle construite ? ». Elle demande à l'enfant « Comment je m'appelle ? Est-ce que tu sais pourquoi tu viens me voir ? ». Elle ajoute que parfois l'enfant vient juste pour sortir de l'école.

- L'estime de soi de l'orthophoniste : 3

« Aller voir chez soi son estime de soi, car on ne peut pas transmettre quelque chose que l'on n'a pas. Les enfants en situation de handicap et de grand handicap peuvent trouver dans l'autre (thérapeutes, parents) un tuteur de développement pour enrichir cette estime de soi » (O2)

- Sa position d'interlocuteur lors de la rééducation : 2

Concernant le **niveau de difficulté des exercices**, les orthophonistes choisissent :

- De faire réussir le patient : 2 (O1 et O8),

De laisser gagner l'enfant à un jeu pour qu'il ait le plaisir d'avoir battu un adulte.

- De repartir de ce qu'il sait faire pour éviter de le mettre en échec : 2 (O5 et O7),

De revoir souvent les mêmes notions pour montrer qu'il est capable de se souvenir,

- De donner des exercices dans la zone proximale de développement : 4,

Les patients sont contents quand ils arrivent à faire quelque chose de difficile, mais O5 signale qu'en cas d'échec, il faut toujours finir sur quelque chose de positif.

- D'arrêter l'exercice : 1 (O2)

Dans les démences de type Alzheimer, en cas de difficultés, « pour ne pas appuyer où ça fait mal ».

Les **méthodes** utilisées sont :

- Les jeux de créativité: 1

« Écrire un compliment sur l'autre sur un petit papier et se l'échanger, pour entendre des choses positives sur soi » (O2),

« Faire la trace de sa main et mettre un compliment par doigt » (O2).

- Les prises en charge de groupe : 1

« Cela favorise l'estime de soi de se dire qu'on n'est pas le seul en difficulté, surtout à l'adolescence. On arrive à en rire ensemble » (O1).

- La création de spectacles de fin d'année : 1 (O8), pour mettre en valeur les compétences des enfants.

Les **moyens matériels** mis en place par les orthophonistes sont :

- Des moyens palliatifs en attendant de pouvoir affronter la pathologie (O6)
- La vidéo : 2 (O9, O3)

« Les retours vidéos marchent très bien sur l'estime de soi » (O9), mais elle ajoute qu'il faut cibler avec le patient ce qu'il doit observer. Ils permettent de voir l'évolution.

Les stratégies et moyens utilisés par les orthophonistes pour maintenir l'estime de soi proviennent :

- Des formations complémentaires : 2 (O1 et O2)
- Des lectures : 2 (O2 et O9)
- D'une accumulation d'expériences : 1 (O9)
- De la formation initiale : 1 (O2), titulaire d'un master d'orthophonie avec trois années communes avec les étudiants en psychologie.

### **Commentaire**

Les différents moyens et attitudes relationnelles mis en place par les orthophonistes pour maintenir ou développer l'estime de soi du patient sont très variés et proviennent de différentes sources.

## **1.7. Question 7 : amélioration de l'estime de soi**

**Question 7** : Quels signes vous feraient penser à une amélioration de l'estime de soi chez l'un de vos patients ?

*Cette question a pour objectif de faire émerger les comportements et attitudes favorables à la rééducation, apparaissant lorsque le patient a une bonne estime de soi.*

### **Analyse fréquentielle**

- Envie de se confronter à la difficulté en séance ou à l'extérieur : 5
- Aisance dans la communication: 3

### **Analyse thématique**

L'envie de se confronter à des **difficultés** concerne :

- La capacité de s'investir et de se fixer des objectifs tournés vers l'extérieur : 2 (O3 et O9). Le patient a pris du recul par rapport à la pathologie et peut la mettre à sa juste place.
- La réalisation de situations de paroles évitées précédemment : 3 (O7, O8, O9), Téléphoner, prendre un rendez-vous, prendre position dans une conversation,
- L'envie d'apprendre, d'oser produire des choses même avec des erreurs : 2, mais pour O1 cette attitude reste souvent cantonnée au bureau de l'orthophoniste,

L'aisance dans la **communication** concerne :

- Les éléments verbaux: 3, (O7, O8, O9), prendre la parole, prendre position, oser produire des choses même avec des erreurs,
- Les éléments non-verbaux : 3, le patient se tient plus droit, est plus à l'aise, sourit, parvient à poser le regard, peut rire de lui-même.

### **Commentaires**

Les signes d'amélioration de l'estime de soi repérés par les orthophonistes concernent la communication verbale et non-verbale du patient, son autonomie et son investissement dans la rééducation et dans la réadaptation.

## **1.8. Question 8 : importance de l'estime de soi**

**Question 8** : Quelle importance l'estime de soi vous semble-t-elle avoir dans la prise en charge du patient ?

*Cette question permet de connaître la place octroyée à l'estime de soi dans la rééducation.*

### **Analyse fréquentielle**

Une place très importante : 10, car :

- Elle est liée au handicap : 3
- C'est un prérequis à la rééducation et aux apprentissages : 6

### **Analyse thématique**

Les termes évoqués par les orthophonistes concernant **l'importance** de l'estime de soi sont : « Crucial » (O6), « Essentiel » (O2), « Primordial » (O7).

L'estime de soi est liée au handicap :

« Elle peut l'alimenter ou au contraire faire avancer les choses » (O2)

C'est un **prérequis** à la rééducation et aux apprentissages, elle est importante :

- Dès le début de la prise en charge : 2

« Si l'enfant n'est pas mis en confiance, il ne produit pas et ne peut pas être rééduqué » (O8),

Pour O6, si l'orthophoniste ne prend pas en compte l'estime de soi, « le patient ne reviendra plus, la prise en charge n'aura pas été à son terme ».

- Pour éviter les attitudes contre-productives : 2

« Quand on ne se sent pas capable, on met en place des stratégies pour le prouver, on est inhibé » (O1).

- Pour permettre une évolution: 2

L'estime de soi apporte « Le désir, la motivation à avancer, à lâcher prise, à entrer dans des apprentissages, à avoir confiance en soi et en l'autre pour l'accepter » (O4), « Le patient a besoin de savoir qu'il est possible qu'il sache faire » (O7).

Deux orthophonistes (O9 et O10) évaluent l'estime de soi dès le bilan.

O9 l'aborde avec le patient, tandis que O10 passe par l'observation.

### **Commentaire**

Les orthophonistes accordent une place très importante à l'estime de soi car elle a un lien avec le handicap, elle est un prérequis à la rééducation et à la progression du patient.

## **1.9. Question 9 : importance de la relation thérapeutique**

**Question 9** : Quelle place donnez-vous à la relation thérapeutique dans vos rééducations orthophoniques ?

*Cette question a pour objectif de replacer le travail de l'estime de soi au sein de la relation thérapeutique et de justifier son rôle dans la prise en charge orthophonique.*

### **Analyse fréquentielle**

Première place : 10

### **Analyse thématique**

La raison de cette **importance** varie selon les orthophonistes :

- C'est une base sur laquelle s'appuyer pour introduire la technique : 7

« Je ne suis pas là pour appliquer un protocole à un enfant, [...] il faut utiliser son ressenti et adapter la technique » (O2).

- C'est elle qui permet de soigner les patients : 1

« On a été baigné dans la relation thérapeutique pendant nos études (avec Claude Chassagny comme professeur). On ne saisissait pas tout le message, mais on comprenait bien que c'était par notre relation qu'on allait soigner les patients. On s'en rend compte au fur et à mesure et les patients adultes nous le confirment. » (O6).

L'absence de relation d'aide provoque une souffrance dans l'exercice professionnel : 1 (O5).

Pour les orthophonistes, cette relation d'aide suppose :

- D'établir un contrat thérapeutique conscient ou inconscient: 2 (O2 et O9),

« De rediscuter régulièrement de ce qu'on travaille, des objectifs du thérapeute et du patient, et aussi d'accepter une certaine souplesse » (O9)

- D'accompagner la personne vers le changement sans décider à sa place: 2,

- D'installer une connivence avec l'enfant: 2 (O8 et O2),

« Il n'y a pas d'acquisitions si l'enfant n'a pas envie de te faire plaisir[...], il ne va pas s'accrocher » (O8)

« Il y a des enfants avec qui on n'a pas de connivence, il vaut mieux les réorienter vers un autre thérapeute » (O2)

- D'utiliser l'empathie:1 (O10).

## **Commentaire**

Tous les orthophonistes accordent à la relation thérapeutique une place centrale. Elle permet de soigner les gens, à condition qu'elle reste complémentaire aux méthodes. En revanche, les orthophonistes ne réalisent pas de liens entre l'estime de soi et la relation thérapeutique.

### **1.10. Question 10 : importance des éléments bio-psycho-sociaux**

**Question 10** : Quelle est votre prise en compte des éléments bio-psycho-sociaux au sein de la rééducation ?

*Cette question permet d'affiner les différents éléments de la prise en charge globale et transversale du patient présentant un handicap communicationnel.*

#### **Analyse fréquentielle**

Il est évident qu'il faut tenir compte des éléments bio-psycho-sociaux : 10.  
Trois orthophonistes n'ont pas ajouté d'éléments aux sous-questions.

#### **Analyse thématique**

Cette **évidence** est expliquée par :

- L'imbrication des différents domaines : 2

« Tout est lié, c'est ça qui fait qu'on a un travail extrêmement intéressant, passionnant, mais aussi fatigant » (O3)

« C'est quand on pratique que des grands concepts font sens comme une évidence. Parfois, il y a tellement de choses qui se surajoutent au trouble, qu'on ne peut pas ne pas en tenir compte dans la rééducation » (O2)

- La réponse thérapeutique aux besoins propres du patient : 1

Le but de la rééducation du bégaiement est d'enlever les conceptions telles que « Parce que je bégaie, je ne peux pas faire telle chose ». Or, ces conceptions sont différentes pour chaque personne (O9).

Le **recueil** des éléments biopsychosociaux est réalisé via :

- L'anamnèse : 2 (O1 et O2)

- L'échange avec les patients : 1 (O3)

Trois orthophonistes utilisent le terme de prise en charge **globale** du patient (O1, O3 et O5).

### **1.10.1. Personnalité du patient**

Les sept orthophonistes ayant répondu à cette question s'accordent sur le fait qu'on ne peut ignorer la personnalité du patient :

« Pour travailler dans son sens à lui » (O6),

« On ne peut pas avoir la même relation avec une personne autoritaire et une personne inhibée » (O10).

### **1.10.2. État psychologique**

Deux attitudes différentes sont proposées par les orthophonistes interrogés :

- Écouter le patient : 2 (O3, O6)

L'orthophoniste repousse l'exercice prévu pour communiquer

« Si le patient n'est pas bien, il va être énervé par l'exercice. Ce sera conflictuel et en tant qu'orthophoniste on aura encore plus diminué l'estime de soi » (O1).

- Mettre de côté les problèmes pour installer l'enfant dans un état propice à la rééducation : 1 (O4)

O4 propose à l'enfant de se réaliser malgré ses difficultés extérieures, « Moi ce que je peux te proposer, c'est que tu t'occupes de toi ».

### **1.10.3. Environnement familial**

L'environnement familial est pris en compte pour :

- Travailler les transferts et expliquer les compétences à utiliser au quotidien : 2 (O8 et O10)

- Soutenir les familles: 2 (O2 et O3)

« Si le jeune change et bouge, tout le reste bouge aussi (la famille) et l'orthophoniste peut soutenir ce changement » (O2)

« Dans le grand handicap, il faut avoir en tête que les familles n'ont pas de répit. Les parents d'enfants polyhandicapés pleurent, n'y arrivent plus, culpabilisent car ils n'ont pas fait ce qu'il fallait, ils n'ont pas eu le temps » (O3)

- Avoir conscience des environnements familiaux préjudiciables pour l'enfant : 3 (O6, O7 et O4). Les orthophonistes essaient de les impliquer même s'ils ne sont pas réceptifs, ils apprennent à l'enfant qu'il peut exister avec sa propre autonomie et s'approprier un langage différent. Cela ne veut pas dire qu'il n'aime pas ses parents.

#### **1.10.4. Environnement scolaire, professionnel**

L'environnement scolaire et professionnel est pris en compte pour :

- Le transfert des compétences : 3 (O6, O7, O8)

« Sinon, il va y avoir encore un lieu où ça va mal se passer » (O6)

A la fin de la séance, O8 accompagne l'enfant pour qu'il montre ce qu'il sait faire à l'institutrice.

- Expliquer la pathologie de l'enfant et éviter les situations d'échecs, les maladresses, les actions inadaptées : 3 (O10, O8, O6)

« Le regard change » (O6)

#### **1.10.5. Situations de la vie quotidienne dans lesquelles les troubles de la communication deviennent handicapants**

Ces situations sont travaillées de manière différente :

- Accompagnement parental : 2 (O3 et O8)

Pour essayer de trouver des solutions, O8 conseille de filmer les situations dans lesquelles on ne comprend pas l'enfant et de les visionner.

- Travail des situations en séance : 3 (O6, O7 et O9)

« C'est à nous de trouver des solutions pour que les patients n'évitent plus certaines situations » (O6)

Avec les adultes, O9 arrive à cibler plus précisément ces moments, à y réfléchir, à pouvoir les rejouer, à faire un feed-back :

« Qu'est-ce que vous avez pensé ? Qu'est-ce que l'autre personne a pensé ? Qu'est-ce qui était aidant dans la communication ? Qu'est-ce qui ne l'était pas ? Est-ce que la personne en face avait une communication efficace ? Est-ce qu'on a réussi à créer une communication spécifique à nos deux façons de communiquer qui sont particulières ? ».

### 1.10.6. Attitudes générales de la société vis-à-vis du trouble

Les actions menées par les orthophonistes interrogés concernent :

- La prévention : 1 (O3)

Dans une association dont le but est d'informer sur les différentes pathologies du langage oral ou écrit, de sensibiliser la société à se positionner en interlocuteur adapté pour les personnes en situation de handicap communicationnel, « on peut informer, prévenir, après il faut que les gens suivent. On peut entendre beaucoup de choses, mais les appliquer, tant qu'on n'est pas en situation reste difficile, même pour nous en tant que professionnels. On ne peut pas tout mettre sur le dos de la société, on peut s'adapter, mais les personnes handicapées nous demandent aussi un effort supplémentaire. Je pense qu'on peut aussi dire à un moment donné à la personne que cela nous demande une énergie, que c'est compliqué, c'est mieux que de faire semblant de ne pas l'entendre ».

- La mise en valeur des compétences par un spectacle annuel : 1 (O8), avec des adolescents sourds (les sourds-doués): pièce de théâtre, film, BD, CD...

Dans la première partie, il y a toujours une explication de la surdité, pour amener un changement sur l'image du sourd « sourd-muet ». Les adolescents sont valorisés (ils montrent leurs compétences) et ont le sentiment de ne pas être limités, de pouvoir faire plus de projets que les normo-entendants.

- Les mises en situation: 2 (O6, O8)

O8 met tous les ans l'instituteur « dans la peau de l'enfant », en faisant une simulation de surdité, d'appareillage et de lecture labiale.

- Le travail en individuel et en groupe des réponses à apporter en cas de moqueries, de la position de l'interlocuteur au sein de la communication afin que cela ait moins d'impact sur le bégaiement.: 1 (O9).

#### Commentaire

Au sein du handicap communicationnel, la prise en compte globale du patient et des différents éléments biopsychosociaux est une évidence pour les orthophonistes interrogés.

### 1.11. Question 11 : ajouts

**Question 11** : Auriez-vous envie d'ajouter quelque chose à ce qui a été dit ?

Une seule orthophoniste a répondu à cette question, O5 souligne que ce type d'approche et de travail sont très intéressants.

## 2. Autres thématiques abordées

### 2.1. Age d'apparition de l'estime de soi

Dans la partie théorique, nous avons vu que l'estime de soi apparaissait aux alentours de 7-8 ans (selon Germain Duclos). Quatre orthophonistes (O3, O6, O8, O9) trouvent cet âge trop tardif.

Pour eux, l'installation de l'estime de soi est liée :

- Au type de handicap : 1 (O6)

« Les enfants bègues et sourds perçoivent qu'ils sont empêchés de communiquer, ils perdent leur estime de soi : on ne leur donne plus le temps de parole, on n'attend pas forcément, et cela ils le sentent »

- A la théorie de l'esprit: 1 (O8)

Il explique que la théorie de l'esprit est la capacité d'attribuer des états mentaux à autrui et donc à soi-même. Il situe l'apparition de l'estime de soi vers l'âge de quatre ans. Il ajoute que tous les mécanismes de l'estime de soi ne sont peut-être pas présents, mais la confiance en soi s'installe très tôt, liée à l'image véhiculée par l'entourage.

- Au langage élaboré : 1 (O9)

Pour elle, l'installation de l'estime de soi nécessite des phrases bien construites avec le je, une capacité réflexive sur soi-même et d'être capable de savoir si on a réussi ou non.

L'observation clinique ne semble pas en adéquation avec les éléments de théorie. Les orthophonistes cherchent à lier l'apparition de l'estime de soi à des éléments de neuropsychologie développementale.

### 2.2. Liens entre psychologie et orthophonie

Pour quatre orthophonistes (O1, O2, O3 et O7), la **limite** entre orthophoniste et psychologue est assez ténue et pas toujours claire :

« Notre situation en tant qu'orthophoniste est délicate parce qu'on n'est pas psychologue, parfois on est à la frontière avec le psychologue dans l'écoute des parents » (O3),

« Cela fait appel à beaucoup de psychologie de notre part tout en n'étant pas psychologue » (O1).

Les orthophonistes signalent aussi que **l'orientation** vers un psychologue n'est pas toujours possible à cause:

- De la multiplication des prises en charge : 1 (O2)

« Parfois les parents doivent prioriser un type de prise en charge faute de temps et préfèrent ne garder que l'orthophonie »

- Du manque de connaissance des critères d'envoi : 2

« J'ai déjà envoyé des enfants chez la psychologue et finalement, il n'y avait pas besoin » (O1).

### 2.3. La formation et le manque d'outils

Deux orthophonistes s'interrogent sur les possibilités de **formations** en lien avec l'estime de soi.

« Quels moyens l'orthophoniste se donne en termes de formations, de groupes de réflexion, de thérapies éventuelles ? » (O4).

Pour O7, il faudrait connaître les pré-requis à une vie stable et saine pour accompagner au mieux les patients.

Trois orthophonistes (O1, O2, O3) déplorent le **manque d'outils** pour faire face à certaines situations complexes:

- Les aidants épuisés : 1 (O3), cela lui pose beaucoup de questions d'un point de vue humain,

- Les enfants qui se trouvent mauvais dans tous les domaines : 1 (O1), elle n'a pas toujours les mots pour aider l'enfant à rebondir.

- Ce manque d'outils est présent dès la formation initiale : 2

« Dans les études, on voit des choses trop générales: le développement de l'enfant, toutes les pathologies psychiatriques, mais on ne parle jamais de comment les éviter » (O7).

# Discussion

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en compte de l'estime de soi dans le cadre du handicap communicationnel en orthophonie, son intérêt et les manières de procéder pour l'améliorer. Dans la partie théorique, nous avons exposé les éléments relatifs à la communication, au handicap, à l'estime de soi, nous avons lié ces notions avec la pratique orthophonique et nous avons proposé des pistes pour la rééducation. Dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec dix orthophonistes exerçant auprès d'une patientèle variée. Nous avons ensuite pu confronter leurs réponses, leur manière d'exercer dans la partie résultats. Nous allons à présent réaliser une interprétation de ces résultats et une analyse critique de notre travail.

### **1.1. Analyse des résultats**

Les orthophonistes interrogés prennent en compte l'estime de soi des patients présentant un handicap communicationnel. Ils ont une connaissance assez globale de ce concept et sont en demande de précisions et de définitions concernant les différents éléments de l'estime de soi. Ils ont conscience qu'il existe des situations à risque pour l'estime de soi dans la pratique orthophonique et ont mis en place des comportements pour y remédier.

Les éléments de théorie donnés en début d'entretien aident les orthophonistes à analyser plus finement les situations qu'ils ont pu rencontrer dans leur pratique et à être productifs pour ce mémoire. De cette analyse ressortent de nouvelles interrogations : l'âge de l'apparition de l'estime de soi, la formation, la limite entre psychologue et orthophoniste.

Les entretiens mettent en évidence de nombreux éléments communs à la partie théorique. Néanmoins, un thème a été omis de notre part et a été cité par la plupart des orthophonistes : les mots blessants des adultes entendus dans leur pratique, en particulier des parents, qui impactent fortement l'estime de soi des enfants. De même, quelques éléments présents dans la partie théorique n'ont pas été évoqués par les orthophonistes : la baisse de l'estime de soi liée à l'isolement (diminution des interactions sociales) et l'importance du maintien de la communication. Les orthophonistes ont mentionné de nombreuses pathologies pour lesquelles la problématique de l'estime de soi a une place importante, mais n'ont pas parlé des patients présentant des séquelles de cancers du larynx et de la face (laryngectomies et glossectomies).

Nous avons donc bénéficié d'une grande richesse de contenu dans les entretiens, mais il est important de rappeler que la population de notre mémoire n'est pas neutre. Nous constatons que les orthophonistes interrogés ont une certaine curiosité professionnelle et une sensibilité pour la thématique abordée dans ce mémoire. Cela transparaît dans le choix de leurs formations continues et dans leurs expériences professionnelles variées en libéral et salariat. Sept d'entre eux exercent ou ont exercé dans le secteur du handicap communicationnel, cinq dans le secteur psychiatrique. Les orthophonistes interrogés ont aussi une durée d'exercice longue : quatre orthophonistes exercent depuis plus de dix ans, quatre depuis plus de trente ans. Leur formation initiale insistait alors beaucoup sur l'importance de la relation d'aide. Les actions des orthophonistes interrogés diffèrent en fonction de leur manière d'exercer : intervention sur le lieu de vie (domicile, école) ou au cabinet, présence de l'environnement ou non (famille, professeurs), investissement dans des actions extérieures (journées d'information).

Voici nos impressions générales à la sortie des entretiens :

O1 s'appuie beaucoup sur sa formation d'éducatrice spécialisée dans sa relation au patient, elle fait une analyse fine de l'environnement et le prend en compte dans ses rééducations.

O2 s'est beaucoup documentée sur la relation d'aide et l'estime de soi, c'est la plus « experte » des orthophonistes interrogés par rapport au sujet. Elle fonde ses prises en charge sur l'estime de soi.

O3 travaille avec une patientèle sans langage ou avec peu de langage, elle apporte beaucoup d'informations sur l'échec de communication et sur l'atteinte de l'estime de soi de la famille et des soignants.

O4 avait bien préparé son entretien et s'était renseignée sur le sujet, elle était en difficulté pour individualiser le concept d'estime de soi.

O5 est extrêmement sensible à la vision globale de la personne, elle a adapté son parcours professionnel pour pouvoir y répondre coûte que coûte. Lors de l'entretien, elle évoque de nombreuses situations de patients rencontrés dans sa pratique.

O6 considère que l'estime de soi fait partie d'un tout et que l'orthophoniste la travaille constamment.

O7 était la moins attirée par le sujet, elle avait néanmoins une vision claire de qu'est l'estime de soi et des éléments de réponses à apporter à chaque question.

O8 après une impression de devoir répondre à un sujet très « psy » a été surpris d'avoir autant de choses à raconter. Sa manière de travailler et le type de patients (patients sourds intégrés) lui permettent d'apporter des éléments variés à chaque question.

O9 l'estime de soi est un des axes qu'elle travaille avec l'enfant et l'adulte bègue, elle l'aborde toujours dans la rééducation, elle travaille aussi l'estime de soi au sein des groupes d'enfants et de parents (travail de la parentalité).

O10 travaille beaucoup avec des adultes atteints de troubles neurologiques, elle accorde beaucoup d'importance à la relation d'aide.

## **1.2. Validation des hypothèses**

**Hypothèse 1 : L'orthophoniste a un rôle à jouer dans la restauration, le maintien ou l'amélioration de l'estime de soi du patient porteur de handicap communicationnel.**

Dans notre étude, 80% des orthophonistes prennent en compte l'estime de soi du patient porteur de handicap communicationnel de manière consciente. Néanmoins, ce rôle n'est pas exclusif, d'autres acteurs entrent en jeu, ce qui valide partiellement cette hypothèse :

- L'environnement (la famille, l'école, la société) a aussi un rôle important à jouer pour maintenir l'estime de soi,
- L'orthophonie a pour objectif de réduire les troubles du langage et de la communication. La prise en compte de l'estime de soi du patient doit se faire dans ce sens, au service de l'amélioration langagière et communicationnelle. L'orthophoniste a une importance primordiale lorsque la mauvaise estime de soi est liée aux conséquences du handicap communicationnel.
- Un travail approfondi de l'estime de soi est du ressort du psychologue,
- Certains patients présentant un handicap communicationnel ont une bonne estime de soi et n'ont pas besoin que l'orthophoniste investisse ce domaine.

**Hypothèse 2 : Les orthophonistes travaillant avec des patients présentant un handicap communicationnel mettent en place des stratégies pour restaurer, maintenir ou améliorer l'estime de soi du patient.**

Cette hypothèse est validée. Les orthophonistes interrogés ont bien conscience de l'importance d'une bonne estime de soi pour le patient, en rééducation et dans son quotidien.

L'attaque directe du trouble risque d'entraîner des résistances et une lassitude chez le patient. L'orthophoniste, en travaillant sur la communication et le besoin de transmettre un message, motive le patient à mettre en place des stratégies pour se faire comprendre sans porter l'attention sur le trouble. Le patient est actif et se corrige seul, cette manière de procéder est plus écologique, car elle travaille directement sur les situations de communication utilisées au quotidien.

Cette qualité d'échange et de communication nécessite une relation thérapeutique de qualité, une valorisation des compétences, un ajustement constant au patient, ce que les orthophonistes ont bien détaillé lors des entretiens. Ils doivent mettre en place une vision globale du patient et ainsi enrichir différents domaines de sa vie et différents éléments de sa communication.

Cette manière de procéder permet d'installer des axes de progression et de repartir sur de nouvelles bases lorsque la rééducation stagne.

Les orthophonistes mettent en place un large éventail de stratégies. Elles proviennent de la formation initiale, complémentaire, des recherches et lectures personnelles, de la sensibilité et de la personnalité des orthophonistes. Les orthophonistes s'inspirent des principes de certains programmes et méthodes :

- Le programme Lidcombe : ce programme utilise la valorisation et implique l'environnement. Il attire l'attention de l'enfant sur la communication et non sur la parole,
- Le programme Camperdown : le patient est actif et décide de ses objectifs de rééducation,
- La méthode verbo-tonale : cette méthode part du principe que si le patient ne produit pas correctement, c'est parce que le rééducateur ne lui a pas fourni les éléments auditivo-perceptifs nécessaires. Le rééducateur doit donc constamment s'ajuster au patient,
- La formation dialogoris : elle forme les orthophonistes à l'accompagnement parental et à la rééducation de l'enfant de zéro à quatre ans sans langage ou avec peu de langage. Elle propose de stimuler la communication multimodale et de valoriser les parents,

- La technique love and logic : cette technique propose des attitudes et des mots pour développer l'autonomie et la motivation de l'enfant tout en plaçant des limites.

Néanmoins, les entretiens mettent en évidence que certaines stratégies sont peu utilisées ou moins conscientisées et explicitées par les orthophonistes :

- L'explicitation des objectifs des exercices afin de mettre du sens sur ce que fait le patient,
- L'éducation thérapeutique,
- L'autonomisation du patient,
- La communication non-verbale de l'orthophoniste (regard, sourire, mimiques, posture, rythme de la parole) semble sous-utilisée par rapport à sa communication verbale. La communication non-verbale joue pourtant un rôle important dans la régulation émotionnelle et attentionnelle.

Des stratégies importantes présentées dans la partie théorique n'ont pas été évoquées par les orthophonistes :

- L'instauration d'un sentiment de sécurité lors de la rééducation,
- La nécessité de croire en la réalisation du patient,
- L'orientation vers les associations de patients.

### **1.3. Forces et limites du travail**

Nous avons parfois été en difficulté pour réaliser la partie théorique de ce travail. En effet, les publications orthophoniques ont tendance à traiter les sujets de manière analytique, il était donc difficile de trouver des articles cherchant à faire du lien de manière globale entre différents concepts présents dans une pratique. Les auteurs trouvés effectuant ce type de réflexion sont des neuropsycholinguistes, des psychiatres, des neurologues, des docteurs en psychologie. Nous aurions souhaité nous appuyer sur des articles écrits par des orthophonistes, en lien avec leur pratique de terrain.

Concernant les entretiens, nous avons choisi des orthophonistes intéressés par le sujet, cela permet d'avoir des réponses riches et variées, de faire une description qualitative de leur pratique professionnelle, ce qui diminue les biais d'effet d'attente et de désirabilité sociale et répond aux objectifs de ce mémoire. En revanche, l'échantillon n'est pas représentatif de la population des orthophonistes. Il aurait été

intéressant d'interroger des orthophonistes peu convaincus par la prise en compte de l'estime de soi, leurs avis et arguments auraient pu apporter un éclairage différent. O9 signale que des orthophonistes faisant un travail très technique arrivent à avoir des résultats intéressants, quelles sont leurs stratégies ? N'utilisent-ils pas un minimum de stratégies relationnelles pour faire adhérer le patient à une prise en charge très technique ?

Lors des entretiens, nous avons parfois été tentés de donner trop d'informations théoriques en y incluant notre point de vue, dans le but de recadrer le sujet et d'amener les orthophonistes à produire un type de réponse. Ces attitudes sont trop directives et biaisent les résultats, elles n'entrent pas dans le cadre de l'entretien semi-directif. Cette erreur a malgré tout été commise lors de deux entretiens (O4 et O8).

La trame de l'entretien était bien adaptée et a permis aux orthophonistes d'être loquaces sur un sujet peu développé en orthophonie. Nous pensons néanmoins qu'il manquait une question spécifique concernant la communication, son évaluation et sa rééducation en orthophonie, le travail avec les différents partenaires de communication. Elle aurait permis d'évoquer les systèmes de substitution ou de compensation qui font partie des formations des orthophonistes (O3, O6, O9).

Nous aurions souhaité réaliser des entretiens semi-dirigés avec des patients présentant un handicap communicationnel et ayant bénéficié d'une rééducation orthophonique, ainsi qu'avec un psychologue, mais nous avons renoncé à ce projet car nous traitons déjà d'un sujet assez large et l'exploitation des résultats aurait été trop difficile.

Il nous semble que la taille de l'échantillon était correcte en vue de l'analyse qualitative que nous souhaitons réaliser, en revanche, pour une étude plus approfondie, il aurait été intéressant de mettre en place des variables et de choisir des orthophonistes travaillant dans des services spécialisés pour une pathologie, d'analyser les variations de l'estime de soi en fonction de la distance par rapport à l'accident ou au diagnostic (phase aiguë, phase chronique), et du type d'environnement dans lequel évolue le patient (hôpital, institution, domicile, intégration scolaire, enseignement spécialisé...), par rapport au type d'accompagnement mis en place, à la présence d'éducation thérapeutique ou d'autres techniques complémentaires à la pratique orthophonique.

Les contraintes temporelles (pour certains entretiens) nous ont empêchés d'approfondir des points relevés par les orthophonistes qui nous semblaient intéressants, néanmoins, ces contraintes ont été plutôt bénéfiques, car elles ont permis aux orthophonistes de faire un travail de réflexion, d'organisation et de synthèse avant et pendant les entretiens, afin de mettre en valeur ce qui leur semblait le plus important dans le temps imparti.

#### **1.4. Perspectives, pistes pour le futur**

Concernant les actions qui peuvent être mises en place, il semble tout d'abord que les orthophonistes aient besoin de formations spécifiques concernant les aspects psycho-comportementaux liés à l'orthophonie, au service de l'orthophoniste, du patient et de sa progression, dans la rééducation et dans l'utilisation des acquis. Les orthophonistes sont en demande de connaissances concernant les critères d'orientation vers un psychologue, la limite entre psychologue et orthophoniste, d'outils simples pour faire face aux troubles du comportement et aux troubles de l'estime de soi en séance de rééducation.

Ces enseignements devraient être intégrés à la formation initiale. Ils permettraient aux étudiants d'installer rapidement de bons réflexes de pratique professionnelle, évitant dispersion et épuisement. Le nouveau cursus de master en orthophonie a pour but d'intégrer l'enseignement des avancées scientifiques et des prises en charge des nouvelles pathologies pour lesquelles l'orthophoniste est amené à intervenir à tous les âges de la vie. Les notions de handicap communicationnel et d'estime de soi du patient permettraient de prendre de la hauteur, de mettre du lien et de l'unité entre ces champs d'action de plus en plus vastes. Le nouveau cursus intègre des modules tels que « la relation thérapeutique dans un contexte d'intervention orthophonique », « évaluation des pratiques professionnelles », « éducation thérapeutique du patient en orthophonie », « communication avec le patient, l'entourage et les autres professionnels », dans lesquels cet enseignement pourrait être proposé.

Il nous semble important que ce mémoire ait une suite en interrogeant tous les acteurs du handicap communicationnel (psychologues, sociologues du handicap...) et surtout les principaux concernés: les patients. Il serait intéressant de mesurer l'importance que revêt pour eux la prise en compte de leur estime de soi, de leur vision humaine et globale, via des entretiens semi-dirigés. Certains auteurs ont déjà

témoigné à ce sujet dans leurs livres (Jean-Dominique Bauby, Alexandre Jollien). Cela permettrait d'avoir un éclairage large et pluriprofessionnel sur la place que devrait avoir cette notion en orthophonie, ainsi que des techniques efficaces à mettre en place.

Il serait intéressant que les différentes recherches sur l'estime de soi en orthophonie ne restent pas isolées aux travaux de fin d'études et qu'elles apparaissent dans la littérature orthophonique de manière synthétisée. La surdité est le dernier handicap pour lequel aucun mémoire ne traite du lien spécifique avec l'estime de soi. Cette étude approfondie serait intéressante à réaliser.

# Conclusion

Notre mémoire avait pour objectif de rechercher les pratiques des orthophonistes concernant l'estime de soi du patient présentant un handicap communicationnel. Les orthophonistes mettent-ils en place des stratégies pour restaurer, maintenir ou améliorer l'estime de soi du patient ? Est-ce le rôle de l'orthophoniste ? Après avoir effectué une recherche théorique sur les éléments liés à ce sujet, nous les avons confrontés à la pratique, au moyen de dix entretiens semi-dirigés auprès d'orthophonistes choisis pour leur intérêt pour le sujet ou pour leurs liens avec le handicap communicationnel. Plus qu'un échantillon représentatif, nous souhaitons des retours concrets, des moyens d'action.

Nous avons alors constaté que les orthophonistes connaissaient le concept d'estime de soi de manière assez globale et qu'ils avaient conscience de son importance pour la rééducation et la réadaptation. L'entretien leur permet d'analyser leurs pratiques. Pour maintenir l'estime de soi du patient, ils mettent en place un large panel de moyens et stratégies issus de formations, d'expériences et de recherches personnelles.

Les orthophonistes ont donc ouvert de nombreuses pistes, mais il reste des domaines à explorer concernant l'éthique, le handicap et l'autonomie, présents dans les différentes lois liées aux droits des patients. Le cheminement professionnel, l'expérience de chacun peut nourrir la bienveillance et la bientraitance qui sont des concepts essentiels dans le soin et qui favorisent l'estime de soi.

A la fin de ce mémoire, il nous semble important de rééduquer la communication du patient en se concentrant sur l'échange, sur le besoin de transmettre un message. Cette attitude encourage le patient à produire malgré ses difficultés et préserve l'estime de soi. Le patient trouve lui-même des moyens pour se faire comprendre sans porter l'attention sur le trouble, qui sera abordé progressivement. Cette manière de procéder permet une meilleure efficacité dans la rééducation, un transfert vers le quotidien, une autonomie malgré le handicap et donc une amélioration de la qualité de vie du patient.

L'estime de soi a donc un rôle important et devrait être intégrée aux missions de l'orthophoniste, à la formation initiale et à la formation continue. Elle devrait apparaître de manière spécifique dans la littérature scientifique orthophonique, synthétisée sous la vision de tous les acteurs du handicap communicationnel, à savoir orthophonistes, patients, psychologues, psychiatres, linguistes et sociologues.

# Bibliographie

- ANDRE C., LELORD F., (2008). *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris: Odile Jacob
- ANDRE C., (2009) *Imparfaits, libres et heureux, pratiques de l'estime de soi*, Paris: Odile Jacob.
- BAUBY J.-D. (1997). *Le scaphandre et le papillon*, Paris : Robert Laffont.
- BENICHO-CROCHET G., DARRIGRAND B., MAZAUX J.-M., (2014). « La communication améliorée et alternative : focus sur le programme Makaton ». Dans Mazaux J.-M., De Boissezon X., Pradat-Diehl P., Brun V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps médical.
- BERQUIN A. (2010). Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513.
- BLANCHET A., GOTMAN A.. (2007). *L'entretien*, Paris : Armand Colin.
- BOKOBZA L., DELDIQUE A., (2012). *En quoi l'orthophoniste peut-il être tuteur de sa résilience tout en conservant son identité professionnelle?* Insitut d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- BRANCH R., WILLSON R., RICHTER M., (2015) *l'estime de soi*, Paris: First édition.
- CATAIX-NEGRE E. (2014). *Communiquer autrement. Accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage: les communications alternatives*, Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- COLLEGE FRANCAIS DES ENSEIGNANTS UNIVERSITAIRES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION. (2012). *Handicap, incapacité, dépendance*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- DUCLOS G. (2000). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*, Québec: C.H.U. Sainte Justine.
- ENGELHARDT M., PELAGE F., GONZALEZ I., (2014). « Prise en charge orthophonique des troubles de la communication auprès de la personne aphasique: la P.A.C.E et les prises en charge de groupe ». Dans Mazaux J.-M., De Boissezon X., Pradat-Diehl P., Brun V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps médical.
- ESTIENNE F., (2004). *Orthophonie et efficacité, les fondements d'une pratique*, Marseille: Solal.
- FERNANDEZ-HOUZEL A.-M., (2009). *Comment restaurer l'estime de soi dans la prise en charge orthophonique chez les tout-petits et les enfants d'âge scolaire?* Institut d'orthophonie, Strasbourg.
- GALLI CORNALI S. (1999). Le traitement logopédique dans un faisceau d'interactions. Favoriser l'autonomie de l'enfant. *Langage et pratiques*, 24, 13-27.
- GREGOIRE G., (2011). La psychométrie est-elle compatible avec l'éthique? *Rééducation Orthophonique*, 247, 33-43.

- HAMONET, C., De Jouvencel, M. (2005). *Handicap des mots pour le dire des idées pour agir*, Connaissances et savoir.
- HAMONET, C. (2012). *Les personnes en situation de handicap*, Paris: Presse universitaire de France.
- JOANETTE Y., ASALDO A.I., CARBONNEL S., SKA B., KAHLAOUI K., NESPOULOUS J.-L., (2008). Communication, langage et cerveau: du passé antérieur au futur proche. *Revue neurologie*, 164, 583-590.
- JOLLIEN A. (2007). *Eloge de la faiblesse*. Paris: Les éditions du cerf.
- JOURNET J.-D., BRUN V., MAZAUX J.-M., DE BOISSEZON X., PRADAT-DIEHL P., (2014). « Avant-propos ». Dans Mazaux J.-M., De Boissezon X., Pradat-Diehl P., Brun V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps médical.
- LUGAN A., PACHOT F., (2014). *Mise en place d'un protocole d'éducation à la communication du patient cérébrolésé et de son entourage*. Institut d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- MAZAUX J.-M., GLIZE B., DANA-GORDON C., DE SEZE M.-P., DARRIGRAND B., JOSEPH P.-A., (2014a). « Evaluation des troubles de la communication chez les personnes aphasiques ». Dans Mazaux J.-M., De Boissezon X., Pradat-Diehl P., Brun V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps médical.
- MAZAUX J.-M., DACHARRY P., LAGADEC T., GLIZE B., DANA-GORDON C., PROUTEAU A., KOLECK M., CUGY E., DARRIGRAND B., DEHAIL P., (2014b). « Limitations d'activité de communication et participation des personnes aphasiques ». Dans Mazaux J.-M., De Boissezon X., Pradat-Diehl P., Brun V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps médical.
- MAZET P., (1990). Jusqu'où va le rôle de l'orthophoniste? *Rééducation Orthophonique*, 28 (164), 375-387.
- NESPOULOUS J.-L., (2014). « L'aphasie: du déficit à la mise en place de stratégies palliatives ». Dans Mazaux J.-M., De Boissezon X., Pradat-Diehl P., Brun V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps médical.
- NESPOULOUS J.-L., VIRBEL L., (2004). Apport de l'étude des handicaps langagiers à la connaissance du langage humain. *Revue Parole*, 29/30, 5-42.
- OUSS-RYNGAERT L. (2011). Norme, mesure et inconscient en psychopathologie: compatibles? *Rééducation Orthophonique*, 247, 25-32.
- RABISCHONG, P. (2012). *Le handicap*, Paris: Presse universitaire de France.
- ROUSSEAU T. (2000). L'approche écosystémique dans les prises en charge orthophoniques. *Glossa*, 73, 30-35.
- ROUSSEAU T. (2001). Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 75, 14-21.

ROUSSEAU M., BENECHÉ M., CORTANA M., (2014). « Les aspects théoriques de la communication ». Dans Mazaux J.-M., De Boissezon X., Pradat-Diehl P., Brun V., *Communiquer malgré l'aphasie*. Montpellier, France : Sauramps médical.

SYLVESTRE A., SCHORNSTEIRNET A.-M., ZINGG F., JACQUART N., TARDY S., FRASSEREN CAPPELIN A., (1999). Il était une fois Sylvain... L'histoire d'une intervention logopédique selon un modèle écosystémique. *Langage et pratiques*, 24, 13-27.

\*\*\*\*\*

handicap.fr, *définition du handicap*, <http://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php> [consulté le 24/10/15].

Académie de Poitiers, *image de la pyramide de Maslow*, <http://ww2.ac-poitiers.fr/ecogest/spip.php?article609> [consulté le 01/03/16].

# Liste des annexes

**Liste des annexes :**

**Annexe n°1 : Modèle de communication de la C.I.F.  
(Classification Internationale du Fonctionnement, du  
Handicap et de la Santé)**

**Annexe n°2 : Modèle de Kerbrat-Orecchioni**

**Annexe n°3 : La pyramide des besoins de Abraham  
Maslow.**

**Annexe n°4 : Trame de l'entretien**

**Annexe n°5 : Relances pour la question 1**