

L'enfant et la résilience

Surmonter maladie, traumatismes, stress

M. Manciaux

La résilience – capacité à résister à des chocs, stress, traumatismes potentiellement déstabilisants et à continuer à se projeter dans l'avenir – est d'observation courante en médecine. Mais, très présente dans la littérature anglo-saxonne, elle est beaucoup moins connue en pays francophones. L'auteur la présente à la fois sous l'angle conceptuel et dans sa mise en pratique clinique, insistant sur la nécessité de recherches transdisciplinaires pour mieux la situer par rapport aux notions plus connues de résistance, d'invulnérabilité, de coping. Il en souligne l'intérêt dans la pratique médicale et médico-sociale.

Nous connaissons tous des enfants, des adolescents, des familles qui, confrontés à des risques sérieux, à des événements déstabilisants, réagissent positivement et réussissent leur vie alors que d'autres, dans la même situation, perdent pied et s'enfoncent. Nous connaissons tous des parents de nos petits patients qui assument la maladie de leur enfant et concluent avec nous, médecins, une véritable alliance thérapeutique. Malheureusement nous sommes ainsi formés – déformés? – que nous attachons, professionnellement et peut-être humainement, plus d'importance à ce qui ne va pas qu'aux éléments positifs présents, au moins potentiellement, chez chacun de nos patients et dans leur famille.

Le mot résilience nous vient de la physique des matériaux; il exprime la résistance aux chocs. Résilient, c'est se reprendre, rebondir, aller de l'avant après une maladie, un traumatisme, un stress. C'est surmonter les épreuves et les crises de l'existence, c'est à dire y résister, puis les dépasser pour continuer à vivre le mieux possible.

La mère de la résilience est une psychologue américaine, E. Werner, qui a suivi pendant 30 ans une cohorte de 700 enfants nés en 1955 dans l'île de Kauai, archipel de Hawaï [1]. Sur 200 de ces enfants considérés, à l'âge de deux ans, sur la base d'une série d'indicateurs, comme étant à risque élevé de troubles du comportement, 70 ont évolué favorablement à tous points de vue et sont devenus de jeunes adultes compétents et bien intégrés. Ils ont su, dit l'auteur, «rebondir» à partir d'une enfance difficile, et bien que vulnérables, être en fait invincibles – ou au moins invaincus – dans leur parcours existentiel. Werner a

précisé dans son étude les traits de caractère de ces enfants capables de rebondir au contact de situations et d'événements qui s'avèrent catastrophiques pour leurs congénères. Ils ont un tempérament qui induit des réponses positives de la part des membres de leur famille ainsi que des étrangers. Les adultes les décrivent comme actifs, affectueux, faciles, équilibrés. Ils n'ont pas, en matière d'alimentation ou de sommeil, de comportements susceptibles de déranger ceux qui s'occupent d'eux. Ils savent trouver, si leurs parents sont déficients ou absents, des adultes qui les comprennent et les soutiennent, soit dans leur famille étendue – grands-parents par exemple –, soit parmi les voisins ou amis. Cette adaptabilité se poursuit par une intégration professionnelle, familiale et sociale le plus souvent réussie.

Mais la résilience a été aussi décrite dans des conditions plus dramatiques, à preuve cette citation de Primo Levi dans son livre «Si c'est un homme» écrit après son retour de déportation: «La faculté qu'a l'homme de se creuser un trou, de sécréter une coquille, de dresser autour de soi une fragile barrière de défense, même dans des circonstances apparemment désespérées, est un phénomène stupéfiant qui demanderait à être étudié de près. Il s'agit là d'un précieux travail d'adaptation, en partie passif et inconscient, en partie actif». De même, le BICE (Bureau international catholique de l'enfance) propose comme modèle de résilience la jeune Anne Frank dont nous connaissons tous l'histoire tragique. Et, en partant des enfants de la Shoah jusqu'à ceux qui sont victimes des conflits qui déchirent le monde d'aujourd'hui, de nombreuses études tentent de mieux comprendre les mécanismes de cette qualité hors du commun, mais non exceptionnelle. Plus banalement, la résilience a été décrite chez des enfants handicapés, maltraités, malades chroniques, ou de parents alcooliques, toxicomanes, malades mentaux. Au total donc, dans des conditions extrêmes et dans des situations plus ordinaires.

De quoi s'agit-il exactement?

«La résilience est un phénomène manifesté par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connue comme comportant un risque sérieux de conséquences défavorables» M. Rutter [2].

«La résilience est la capacité à réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative» S. Vanistandael [3]. Cet auteur a publié, au BICE, une brochure sur la résilience intitulée «Le réalisme de l'espérance».

On le voit, ces définitions convergent, insistant sur la résistance à un risque, un événement, un stress reconnu comme sérieux et sur une évolution ultérieure satisfaisante, socialement acceptable. Ces deux dimensions sont inséparables dans la notion de résilience, la différenciant de la simple résistance au choc. Mais comment la situer par rapport à ce que

Correspondance:
Prof. Michel Manciaux
Université Henri-Poincaré
Faculté de Médecine
Ecole de Santé public
F-54505 Vandœuvre-les-Nancy

nous connaissons déjà à propos du développement de l'enfant et de ses éventuels aléas? Qu'apporte-t-elle de neuf?

Concept original, ou nouveaux habits pour de l'ancien?

Les progrès dans la compréhension du développement de l'enfant aux plans cognitif, affectif et psychosocial ouvrent plusieurs pistes pour préciser et situer la résilience. La première part des *compétences* précoces, précocissimes même, de l'enfant. Elles lui permettent d'entrer tôt en relation avec son environnement, à la fois entourage humain et milieu de vie. De nombreux travaux ont précisé ces interactions qui, en même temps qu'elles parentalisent les parents, leur font découvrir la variété et la richesse des capacités de leur enfant et prendre conscience de leurs propres qualités de parents «suffisamment bons». Cette mise en capacité interactive, qui concerne les parents, l'enfant qui se développe et son environnement qui s'élargit, est en quelque sorte le socle de la résilience.

Une autre entrée va de la vulnérabilité à la résilience. C'est au cours des années 70 que E. J. Anthony aux Etats-Unis, C. Koupernick et C. Chiland [4] en France édifièrent le concept d'*invulnérabilité*, en posant cependant toute une série de questions sur la nature, les composantes, la relativité et la durée de cette qualité. C'était là, dans une certaine mesure, un essai de rapprocher les mécanismes de protection à l'œuvre en face de traumatismes psychiques de ceux validés en biologie et en immunologie. Werner nuance le propos en parlant d'enfants vulnérables – tous le sont, plus ou moins –, mais invincibles, tout au moins provisoirement invincibles [1]. On parlait aussi beaucoup, dans ces années, du «*coping*», cette capacité à faire face à des situations de risque, de danger, à des événements plus ou moins graves. La résilience ne serait-elle qu'un *coping* durable? Elle est en fait plus et mieux que cela avec, au-delà du traumatisme, le projet de vie qui se construit: continuité, et même progrès, dans le cycle existentiel au-delà des inévitables ruptures.

Une vision plus globale se dessine, qui peut s'articuler comme suit. Au début est le *tempérament*. D'après I. Goodyer [5], ce qui le décrit le mieux est un continuum dans les caractéristiques de comportement, de facile à difficile, en face des demandes provenant du milieu. Très tôt identifiable, le tempérament résulte certainement, au moins pour une grande part, de l'hérédité: mais qui dira l'influence du vécu du fœtus pendant la grossesse, de ce que S. Lebovici [6] dénomme les interrelations et interactions précocissimes, dès les premières heures de la vie et même avant? Cependant rien n'est simple, tempérament et résilience ne varient pas toujours dans le même sens. Certains enfants résilients sont calmes, placides; d'autres sont remuants, dynamiques: ce qui compte, c'est que leur comportement réponde à ce que les adultes, en premier lieu les parents, attendent d'eux.

C'est sur ce fond constitutionnel que vont agir les *événements de vie*, maladies, accidents, traumatismes psychiques, carences et manques, et bien sûr le *stress*, qu'une récente réunion de l'OMS (1998) a revisité dans ses composantes neurobiologiques, immunologiques, psychopathologiques [7]. Après trauma et stress vient la réaction, que l'on étudie actuellement sous le nom de *syndrome de stress post traumatique*, et la résilience intervient pour relativiser, voire supprimer ou même éviter les troubles consécutifs à l'agression subie par l'organisme. Au total, il s'agit là d'une double complexité: celle des interactions entre soma et psyché et celle des perpétuelles intrications entre inné et acquis, entre *nature* et *nurture*. On comprend que le concept de résilience soit à la fois novateur, original et difficile à cerner!

L'accord est plus facile sur les déterminants de la résilience. Parlant des «7 résiliences», deux auteurs américains, S. Wolin et S. Wolin [8], ont dressé une liste qui recoupe pratiquement les composantes de la résilience telles qu'elles ressortent des études faites par de nombreux auteurs dans des contextes culturels très variés. Ce sont la perspicacité, l'indépendance, l'aptitude aux relations, l'initiative, la créativité, l'humour et un certain sens moral, voire religieux. Ces qualités, présentes à des degrés variés suivant les enfants et, chez le même sujet, selon les étapes du développement et les périodes de la vie, les rendent agréables pour les autres, faciles à vivre et capables d'adaptation aux circonstances. E. Grotberg [9], tête d'un réseau international sur la résilience, propose de regrouper ces qualités sous trois rubriques: constitution génétique et tempérament; forces intrapsychiques; capacités d'adaptation orientées vers l'action, et les décline en trois catégories: je suis, j'ai, je peux. Mais le trait qui semble le plus important est la relation liant l'enfant à un adulte qui lui fait confiance et en qui il a confiance: un de ses parents – ou les deux –, un grand-parent, un oncle, un(e) voisin(e), un(e) enseignant(e) ou, pour un enfant malade ou handicapé, un médecin, une infirmière. Il en résulte, pour le jeune, un sentiment de self-estime que viennent renforcer les épreuves surmontées, en même temps que certitude de pouvoir s'appuyer sur un adulte fiable en cas de difficultés.

On peut donc considérer que le concept de résilience représente une avancée dans notre compréhension des interactions en jeu entre l'enfant en développement et l'environnement humain et matériel où surviennent des événements variés, les uns prévisibles et *a priori* maîtrisables, d'autres imprévus et potentiellement déstabilisants. On s'accorde sur le fait que, parmi les facteurs déterminants de la résilience, certains sont particulièrement importants:

- un tempérament qui crée des réponses positives dans l'entourage;
- un lien important avec une personne qui prend soin de l'enfant;
- une approche active pour résoudre des problèmes;
- la croyance que la vie a un sens et que ce sens est positif.

Mais beaucoup reste à faire pour mieux comprendre les implications de ce concept dans le travail quotidien des professionnels de l'enfance et de l'adolescence, et tout particulièrement dans la pratique médicale, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière. C'est dire l'intérêt et l'urgence d'une recherche centrée sur ce problème.

La résilience comme thématique de recherche

On l'a vu, c'est l'étude longitudinale d'E. Werner qui, la première, a donné corps au concept de résilience. Mais de telles recherches suivant une cohorte de sujets de la naissance à l'âge adulte sont de plus en plus difficiles, pour ne pas dire impossibles. Faute de nouvelles séries étalées dans la durée, une recherche clinique de qualité, étudiant dans le détail le pourquoi et le comment de la résilience et l'histoire de «ces enfants qui tiennent le coup» pour reprendre l'expression de B. Cyrulnik [10], peut être riche d'enseignements.

L'histoire et la littérature offrent de nombreux exemples de résilience. Les étudier peut fournir d'utiles renseignements sur le contexte familial et sociologique qui favorise l'émergence de cette résistance à l'adversité. Recherche anecdotique, peut-être, mais n'oublions pas que certains romanciers sont de très fins observateurs de la vie humaine. Les mauvais traitements dont sont victimes tant d'enfants offrent des pistes à explorer: quels sont, par exemple, les éléments – personnels et d'environnement – différenciant les enfants maltraités qui deviennent des parents maltraitants de ceux, les plus nombreux, qui évoluent favorablement? De même, dans une enquête récente menée sous l'égide de l'OMS sur les enfants des rues en Amérique latine, les chercheurs ont mis en évidence les stratégies de survie développées par des enfants parfois très jeunes confrontés à toutes sortes de situations dangereuses [11]. Leur mortalité est lourde, mais ceux qui survivent deviennent ingénieux, débrouillards, résistants, quasi invulnérables. A ce propos, S. Tomkiewicz [12] parle de résilience hors la loi, ou hors des valeurs sociales dominantes.

En fait, la connaissance approfondie du monde et des événements qui le secouent offre de trop nombreuses occasions d'étudier la résilience, ses tenants, ses aboutissants, ses éventuelles séquelles. Les périodiques médicaux et de sciences humaines sont pleins de travaux dans ce sens. Il s'agit d'ailleurs, la plupart du temps, de recherches-actions qui affinent progressivement notre compréhension de ce «*phénomène stupéfiant*» qui, écrivait il y a cinquante ans Primo Levi, «demanderait à être étudié de près». C'est chose faite désormais.

D'autres pistes sont en voie d'exploration. Avec P. A. Michaud [13], on peut souligner l'urgence d'une recherche nécessitant «beaucoup de curiosité, de savoir-faire et de rigueur» sur les questions suivantes:

- A partir des différentes variables déterminant la résilience, peut-on construire un instrument valide utilisable dans le travail de terrain?

- Comment mesurer dans le temps les effets de cette capacité? En d'autres termes, quels sont les critères de réussite sociale? Les auteurs anglo-saxons parlent volontiers d'une vie «socialement acceptable». Peut-on se contenter d'une telle approximation, au demeurant très marquée culturellement? Fait-il, dans la foulée de D. Winnicott, parler de jeunes qui réussissent «suffisamment bien»? Mais la clinique, on le verra, peut offrir des critères plus objectifs.

La résilience est-elle durable? C'est plutôt une capacité fluctuante, au long du cycle de vie d'un sujet, variant en fonction des situations rencontrées, des conditions de vie et de l'entourage du moment. La résilience peut-elle entraîner des effets secondaires indésirables? Le pédopsychiatre franco-québécois M. Lemay [14] parle, à ce propos, d'un prix à payer, fait d'une relatif désengagement, mais différent de l'autisme; de tendances obsessionnelles par rapport à des points de repère dans le temps et dans l'espace; d'une reconstruction imaginaire d'un passé idéalisé; et enfin du risque d'une hyperactivité, de manifestations psychosomatiques transvasant dans le corps un trop-plein émotionnel, une charge anxiogène. Ces mécanismes et ces effets secondaires, potentiellement pervers, des comportements résilients constituent des thèmes passionnants de recherche. Ceci est d'autant plus important que, du fait d'une connaissance insuffisante de ces réactions, on pourrait faire de la résilience une panacée sans contre-partie.

Quel peut être, par ailleurs, l'apport des sciences fondamentales? Et qu'en est-il exactement du stress? Réaction et régulation d'une extrême complexité, le stress est nécessaire à la vie. Mais il peut s'avérer insuffisant en face de sollicitations extérieures excessives ou répétitives. Il peut également être lui-même excessif et entraîner des conséquences néfastes, en termes de déséquilibre organique durable, de troubles du caractère, du comportement. Ces réactions se retrouvent dans les désordres consécutifs au stress que la résilience semble capable d'atténuer. Il y a là un champ de recherche que les moyens modernes d'exploration de l'activité cérébrale permettent d'aborder sur des bases nouvelles.

Restent les inconnues au point de vue génétique. Existe-t-il un équipement génétique favorable qui, par l'intermédiaire des régulations neurobiologiques, faciliterait des réactions résilientes face à l'adversité? On connaît déjà, en tout cas, l'existence de certains génotypes induisant des phénotypes comportementaux particuliers. Mais beaucoup reste à faire pour comprendre la part respective de l'inné et de l'acquis dans ce domaine.

La résilience mise en situation clinique

La résilience n'est pas un mythe. Nous l'avons tous rencontrée, nous la voyons à l'œuvre chez nos jeunes patients et leur famille à l'occasion de maladies, d'accidents, de traumatismes psychiques, de stress im-

portants. Elle peut être une alliée précieuse dans nos thérapeutiques, dans une prise en charge globale des enfants qui nous sont confiés. Mais comment la promouvoir et la mobiliser? C'est là où une démarche clinique inspirée à la fois par l'expérience, la science et l'éthique va intervenir. Et même si le concept de résilience est, à bien des égards, encore flou, nous en savons assez pour agir sans attendre. Dans cette approche clinique, l'anamnèse et l'observation sont capitales. Quand nous le rencontrons, l'enfant en souffrance a déjà – même s'il est très jeune – une longue histoire: celle de la lignée dans laquelle il s'inscrit, avec tout ce que cela comporte en ce qui concerne sa place dans la famille, dans la fratrie, les espoirs, mais aussi les pré-supposés dont il est porteur. Il est doté d'un patrimoine génétique original, et déjà modelé par un vécu prénatal dont nous savons encore trop peu de choses. Loin d'être une cire vierge, il est profondément marqué, dès sa vie anténatale et dans toute son évolution, par les empreintes de l'environnement – milieu et entourage – dans lequel il se développe, par ses conditions de vie. Recueillir des renseignements sur tous ces points quand un enfant est confié à nos bons soins, ce n'est ni perte de temps, ni curiosité déplacée.

Cette connaissance, qui comporte à la fois anamnèse, observation fine, entrée en dialogue, prise en compte des non-dits de l'enfant et des siens, permet d'identifier les ressources, souvent latentes, du patient et de sa famille. Une attitude empathique aide à les révéler, à les faire émerger et se développer. C'est l'«empowerment», habilitation, capacitation des partenaires de plein droit que sont, pour le médecin, l'enfant et sa famille, dans une interaction thérapeutique où chacun a sa place.

Les choses ne s'arrêtent pas là. Compte-tenu de l'importance, parmi les déterminants de la résilience, de l'existence d'un adulte de confiance, véritable «tuteur de résilience» [10], le médecin doit savoir qui tient cette place dans l'entourage de l'enfant en souffrance et conforter cette personne dans son rôle. Quelquefois, le médecin partage cette responsabilité, du fait de la relation de confiance établie entre lui et les autres protagonistes du fonctionnement interactif évoqué plus haut. Mais il doit soigneusement connaître ses limites, rester à sa place, éviter toute confusion de rôles: il est le thérapeute, et non le parent. Ceci n'exclut pas un accompagnement dans la durée, spécialement en cas de handicap, de maladie chronique, qu'ils soient somatiques ou mentaux.

S'il agit de la sorte, le médecin s'inscrit dans un réseau de soutien, de support social autour de l'enfant et de sa famille. Ce dernier point mérite quelques explications. Le *support social*, c'est ce qu'une personne ou un groupe peut mobiliser et recevoir comme soutien soit dans la vie de tous les jours, soit dans des situations de crise, et qui peut prendre des formes matérielles (services rendus), financières, administratives, affectives. Les *réseaux* informels de proximité y jouent un grand rôle. On dit volontiers qu'un des drames de la vie moderne est l'amointrissement, voire

la disparition, de ces réseaux dont l'un des rôles essentiels est justement de fournir du support social, et donc de favoriser la résilience des personnes et des familles. De fait, isolement et solitude sont souvent à l'origine de troubles mentaux, quand ils n'en sont pas la conséquence; ils peuvent mener à des troubles du comportement, à des conduites inadaptées, comme des mauvais traitements de son enfant par une jeune femme ayant vécu sa grossesse dans la solitude et le rejet. De tels réseaux existent encore dans la société moderne, au moins potentiellement. Mais très décentralisés, non organisés, informels, ils ne sont pas faciles à identifier. Et il faut des crises, des catastrophes, individuelles ou collectives, pour qu'ils se manifestent, parfois à l'initiative de professionnels avisés. Plus formalisées, donc plus visibles, il existe partout de nombreuses *associations* dont les objectifs sont de nature sanitaire et sociale: associations de parents d'enfants handicapés ou malades chroniques, groupes de «self-help», associations de parents anonymes. Constituées surtout de personnes directement concernées par un problème particulier, elles fonctionnent principalement grâce au bénévolat. Elles peuvent jouer un rôle considérable dans l'aide aux familles en difficulté.

Au total, le bon usage du soutien social, des réseaux de proximité, du bénévolat et des associations représente sans doute, dans le travail des professionnels au service des enfants en souffrance et des familles en difficulté, un bon moyen de promouvoir leurs capacités de résilience et de conclure avec eux une alliance thérapeutique bénéfique.

Références

- 1 Werner EE. Children of the garden island. *Sci Am* 1989; 260(4):106-11.
- 2 Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolesc Health* 1993;14:626-31.
- 3 Vanistandael S. La résilience ou le réalisme de l'espérance. Genève: Cahiers du BICE; 1996.
- 4 Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. Vulnerable children. The child in his family. Vol 4. Paris: PUF; 1982.
- 5 Goodyer IM. Risk and resilience processes in childhood and adolescence. Dans: Lindström B, Spencer N. *Social Paediatrics*. Oxford: University Press; 1995. p. 433-55.
- 6 Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paidos: Le Centurion; 1983.
- 7 World Health Organization. *Stress and the nervous system*. Geneva: WHO; 1998.
- 8 Wolin S, Wolin S. Resilience among youth growing up in substance abusing families. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42:415-29.
- 9 Grotberg E. A guide to promoting resilience in children. The Hague: Bernard van Leer Foundation; 1995.
- 10 Cyrulnik B. Ces enfants qui tiennent le coup. Hommes et perspectives. Paris: Desclée De Brouwer; 1998.
- 11 World Health Organization. *A one-way street*. Geneva: WHO; 1993.
- 12 Tomkiewicz S. La résilience, l'amour et la loi. Dans: Marie-Paul Poilpot: Souffrir, mais se construire. Ramonville Sainte-Agne: Erès; 1999. p. 175-84.
- 13 Michaud PA. La résilience: un regard neuf sur les soins et la prévention. *Arch Pediatr* 1999;6:827-31.
- 14 Lemay M. Résister: rôle des déterminants affectifs et familiaux. Dans: World Health Organization. *A one-way street*. Geneva: WHO; 1993. p. 27-43.