

UNIVERSITE DE LIEGE
FACULTE DE PSYCHOLOGIE, LOGOPEDIE
ET SCIENCES DE L'EDUCATION



*Capacité de résilience en fonction du type de
personnalité chez les enfants placés vs.
enfants tout-venants*

Mémoire présenté par
Anne-Sophie MATHIOT
En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques

Dans le service de Centre d'expertise en
Psychotraumatisme et Psychologie Légale

Sous la direction de
Mme Adélaïde BLAVIER

Lectrices : **Mme Bénédicte MINGUET**
Mme Rosa PUGLIA

Année Académique 2018-2019

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier la professeure Adélaïde Blavier, qui a accepté d'être ma promotrice de mémoire ainsi que ses retours et ses explications, notamment en statistique. Je remercie également ces assistantes Julie Meens pour les corrections des documents pour le comité éthique, ainsi qu'à Alicia Gallo pour sa disponibilité, sa lecture et ses conseils.

J'adresse un remerciement à mes deux lectrices, Bénédicte Minguet et Rosa Puglia pour l'intérêt porté à ce mémoire et leurs souhaite bonne lecture, en espérant que le travail fournit dans cette recherche leurs plaira.

Afin de garantir l'anonymat des enfants, je ne nommerai pas le nom des établissements, cependant je souhaite remercier les cinq foyers et écoles de la province de Liège. Notamment les directeurs et directrices des foyers et écoles qui ont accepté que je puisse rencontrer les enfants, mais aussi les psychologues des foyers avec qui j'ai pu rencontrer et échanger ainsi que les enseignants.

Un remerciement en particulier auprès de ces 63 enfants qui ont accepté de participer à ma recherche ainsi qu'à leurs parents.

Finalement, j'adresse mes plus sincères et chaleureux remerciements à mes amis français et belges, pour m'avoir soutenu tout au long de ce master, de leur bienveillance et de leur écoute.

Je remercie grandement ma famille ainsi que ma belle-famille pour leur présence malgré la distance et notamment ma maman, Nelly Mathiot, pour sa lecture et ses conseils.

Et enfin, je remercie avec amour mon compagnon, Maxence Thiery, qui malgré la distance, a toujours été là pour moi, m'a conforté dans mes choix, pour ses lectures tardifs et son aide précieux lorsque j'en avais besoin.

« *L'important ce n'est pas ce qu'on est à la naissance, mais la façon dont on grandit par la suite* »

Albus Dumbledore

(Harry Potter et la coupe de feu, J.K Rowling)

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE	3
Chapitre I – Approche du concept de résilience	3
1.1 Emergence tardive de la notion de résilience	3
1.2 Les divergences sur la définition de la résilience	5
1.3 La résilience chez les enfants.....	7
1.4 Facteurs externes et internes	9
1.4.1 Les facteurs de risque.....	9
1.4.2 Les facteurs de protection/de résilience	10
1.4.3 L'attachement.....	13
1.4.4 Tuteurs/tutrices de résilience.....	14
1.4.5 Mécanismes de défense.....	15
1.4.6 La mentalisation	18
1.5 En résumé.....	21
Chapitre II - Le concept du traumatisme	22
2.1 Définition	22
2.2 Distinction entre le trauma et le stress	24
2.3 Caractéristiques d'un trauma	25
2.4 La maltraitance chez l'enfant	26
2.5 Les parents maltraitants	28
2.6 En résumé.....	30
Chapitre III - La personnalité de l'enfant	31
3.1 Définition	31
3.2 L'hérédité et l'environnement.....	32
3.3 Le Big Five	32
3.4 En résumé.....	34
Chapitre IV – Lien entre résilience et personnalité	35
4.1 Les recherches.....	35
4.2 En résumé.....	36

Chapitre V - Hypothèses théoriques	37
 METHODOLOGIE	39
I. Design expérimental	39
II. Procédure méthodologique	39
2.1 Critères d'inclusions	39
2.2 Dimensions éthiques	40
2.3 Procédure de recrutement	40
2.4 Passation des questionnaires	41
III. Outils méthodologiques	41
2.1 The Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) de Ungar et Liebenberg	41
2.2 Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C) de Barbaranelli, Caprara, Rabasca et Pastorelli	42
2.3 L'échelle de trauma PCL-S de Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane	43
IV. Précautions éthiques	44
V. Hypothèses opérationnelles	45
 RESULTATS ET ANALYSES	47
I. Traitements des données	47
II. Composition de l'échantillon	47
2.1. Données sociodémographiques des enfants	47
2.2 Statistiques descriptives	48
2.2.1 Comparaison groupe contrôle et groupe placé	48
2.2.2 Comparaison entre Filles et Garçons des deux groupes	49
2.2.3 Comparaison entre Filles et Garçons du groupe contrôle	49
2.2.4 Comparaison entre Filles et Garçons du groupe placé	50
III. Statistiques paramétriques	51
3.1 Test T de student	51
3.1.1. Comparaison groupe contrôle et groupe placé	51
3.1.2 Comparaison Filles et garçons	51
3.2 Analyse de régression linéaire	51

3.2.1 La résilience en lien avec les cinq facteurs de la personnalité	51
3.2.2 L'impact du traumatisme en lien avec les cinq facteurs de la personnalité	53
3.2.3 La personnalité	53
3.3 Corrélations	54
IV. Statistiques inférentielles.....	55
4.1 Hypothèse 1 : La relation entre la personnalité et la résilience	55
4.2 Hypothèse 2 : La fratrie	56
4.2.1. La fratrie tout-venant.....	57
4.2.2 La fratrie placée.....	58
4.3 Hypothèse 3 : La résilience.....	59
4.4 Hypothèse 4 : Le traumatisme	59
4.5 Hypothèse 5 : Les filles vs. Les garçons.....	60
DISCUSSION	63
I. Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques	63
II. Critiques et limites de la recherche	65
III. Perspectives futures et pistes de recherches	67
CONCLUSION	69
Bibliographie.....	71
Table des annexes.....	77
Résumé	86

INTRODUCTION

Le rapport de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) de 2012, rapporté par le site du guide social (Leroy, 2014), nous indique quelques chiffres intéressants, comme le nombre de signalements de maltraitance en Wallonie qui s'élève à 5 456, et qui concerne 4 947 enfants, puisqu'un même enfant peut faire l'objet de plusieurs signalements, que ça soit par téléphone ou par courrier. Cependant, ce chiffre ne met pas assez en évidence le nombre d'enfants qui font face à de la maltraitance en Belgique ou qui sont à risque, car l'ONE ne prend en compte que les signalements faits aux 14 équipes SOS Enfants spécialisées dans la prise en charge de maltraitances infantiles. Il faut savoir que parmi ces 4 947 enfants, 76% de ces enfants qui ont vécu de la maltraitance par un membre de la famille proche ou élargie, 61,2% sont en situation de maltraitance ou de négligence, 33,4% sont des enfants à risque et 5,2% concernent d'autres problématiques comme de graves conflits entre les parents séparés, l'abandon ou la maltraitance institutionnelle. Il y a un accroissement de 13,78% du nombre de signalements depuis 2006 et qui est en constante augmentation. Cela ne veut pas dire qu'il y a de plus en plus d'enfants maltraités ou en danger de maltraitance, au contraire, cela manifeste plutôt un meilleur repérage des situations à risque.

Il faut prendre avec des pincettes le fait « *que les filles sont plus victimes de la maltraitance (53%) que les garçons (47%)* », (Leroy, 2014) car il est possible que les personnes susceptibles de signaler la maltraitance (enseignants, parents, voisins...) ne vont pas faire le rapprochement entre les blessures et une éventuelle maltraitance chez cet enfant. En effet, il a été démontré que « *quel que soit l'âge, les garçons se révèlent plus agressifs physiquement que les filles* » (Gimenez & Blatier, 2004, p.317) et qu'il est donc plus habituel de voir des garçons se comporter plus violemment, plus agités voire plus hyperactifs que les filles et donc de se retrouver avec des bleus ou des égratignures.

Compte-tenu de cette prévalence des maltraitances dans la population, nous serons amenés, en tant que futurs professionnels, de la place qui sera la nôtre, que ce soit en secteur infantile ou adulte, de manière directe ou indirecte, à participer à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire des maltraitances. Il est donc important de participer ou d'apprendre à participer à la recherche scientifique en apportant notre contribution, à notre mesure, à la communauté. Il est dans notre intérêt dans cette recherche d'affiner un modèle théorique de la

résilience et *in fine* de mettre en place une méthodologie qui permettrait de mettre en avant les évolutions positives possibles en lien avec la personnalité de l'enfant.

Une revue de la littérature sur l'étude de la résilience permet de mettre l'accent sur la multiplicité des facteurs aussi bien de risque, de vulnérabilisation ou de protection face à la maltraitance. Cependant, il y a très peu d'études qui mettent en lien le phénomène de résilience avec la personnalité de l'enfant. Nous proposons alors de mener une étude pour investiguer le lien entre résilience et personnalité et nous nous interrogeons en quoi le type de personnalité et le vécu antérieur de l'enfant va avoir un impact sur le phénomène de résilience ?

Pour répondre à cette problématique, nous allons mettre en place une étude comparative entre les enfants placés et les enfants tout-venants, et ainsi observer une connexion entre les différents types de personnalité et le niveau de résilience, tout en prenant en compte l'éventualité d'une symptomatologie post-traumatique. Nous pourrons étudier, à partir de notre échantillon, si nous allons observer un lien entre un facteur de la personnalité et la résilience chez un enfant, s'il y a une différence entre les enfants placés et les enfants tout-venants et si c'est le cas, voir à quel niveau se situe cette différence et peut-être le mettre en lien avec un événement traumatisant.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I – Approche du concept de résilience

1.1 Emergence tardive de la notion de résilience

Anaut (2002) souligne qu'en matière de protection de l'enfance, dans le cadre de la maltraitance, ce sont les modèles de la psychopathologie et de la vulnérabilité qui ont longtemps été les plus prépondérants au détriment du modèle de résilience. Les études ont plus été tournées sur les liens et les séparations familiales, dans des contextes où le fonctionnement familial est dit pathologique. Malgré les nombreuses recherches concernant les problématiques qui sont liées aux conséquences des séparations parents/enfants, et de façon plus générale les investigations sur la population des enfants placés et leurs familles naturelles, la majeure partie des réflexions et études a longtemps porté sur les perturbations des enfants accueillis et les facteurs de risque. En effet, les chercheurs et les cliniciens, comme Anthony *et al.* (1982), évaluaient et se focalisaient principalement sur les facteurs de vulnérabilisation et mettaient en évidence les divers troubles psychologiques et comportementaux engendrés par les dysfonctionnements familiaux et les défaillances de l'environnement psychoaffectif de l'enfant.

Anaut (2002) rajoute qu'il est important de savoir que face à des contextes de carences graves, d'abandon, de maltraitance psychologique, d'abus et de violences intrafamiliales, ou de tous types de traumatismes, certaines personnes vont être submergées par des troubles psychopathologiques et dans les cas de maltraitance, elles semblent répéter le schéma de leurs parents (que l'on nomme répétition transgénérationnelle) ; alors que d'autres, dans un contexte similaire, résistent à cette menace de destruction psychique et présentent une adaptation relationnelle et sociale malgré tous ses événements. Dans le premier scénario, nous parlons des individus qui sont vulnérables face à ces traumatismes, alors que le second cas fait plutôt référence au processus de résilience. En effet, nous pouvons résumer la résilience comme étant un phénomène où une personne qui a vécu un traumatisme (maltraitance, accident, décès, viol, accumulation de traumatismes nommé trauma complexe, prise d'otage...) va malgré tout réussir à surmonter la blessure que le traumatisme a entraîné.

C'est dans les pays anglo-saxons que le concept de résilience a le plus évolué notamment avec Werner (1989, 2004) et Smith (1979, 1992, 2001), alors qu'en France, c'est une idée qui est plutôt récente dont les auteurs les plus reconnus dans ce domaine sont Anaut (2002, 2003), Cyrulnik (1998, 1999, 2001, 2003), et Manciaux *et al.* (2001). Mais aussi dans les autres pays francophones comme la Suisse avec Michaud (1999), Vanistendael et Lecomte (2000) et en Belgique avec Born et Bœt (2000).

C'est dans les années 1970 que fut publiée la première recherche sur la résilience afin de mettre en avant les facteurs de risques et de protection qui vont aider à définir ce concept. Emmy Werner, connu pour avoir fait une étude longitudinale sur une quarantaine d'années auprès d'un grand nombre de nourrissons vivant sur l'île hawaïenne de Kauai (1979), fut l'une des premières scientifiques à utiliser le terme de résilience. Beaucoup de ses enfants vivaient dans la pauvreté, avec parfois des parents alcooliques ou souffrant d'une maladie mentale. Werner & Smith ont remarqué à partir de leur recherche que parmi les enfants qu'ils suivaient, deux tiers se sont trouvés dans une forme de vulnérabilisation (comportements destructeurs, chômage, toxicomanie...). Cependant, un tiers de ces jeunes ne deviennent pas ce que l'on appelle des délinquants et ne tombent pas dans la vulnérabilisation, démontrant au contraire des caractéristiques qui leur ont permis de mieux réussir. C'est à ce moment-là que Werner, accompagné de Smith, les ont qualifiés de « résilient » (1979).

Des recherches ont été également menées par rapport à des enfants dont l'un des parents avaient reçu le diagnostic de schizophrénie (Masten, 1989 ; Masten, Best & Garmezy, 1990). Ces auteurs ont remarqué que certains enfants ont été affectés négativement dans leur développement car ils n'obtenaient pas un niveau de soins réconfortants appropriés en comparaison des enfants dont les parents n'avaient pas de maladie mentale. Néanmoins, ils ont pu remarquer que d'autres enfants de parents atteint de schizophrénie, ont su prospérer tout en ayant acquis des compétences par rapport à la scolarité. Les travaux se sont tout d'abord portés sur les facteurs de protection qui permet d'expliquer l'adaptation des individus qui ont vécu des conditions défavorables comme la maltraitance, les événements de vie catastrophique ou même la pauvreté. Ensuite, les études empiriques se sont tournées sur la compréhension des processus de protection sous-jacents afin de comprendre comment certains facteurs peuvent participer à ce phénomène de résilience.

1.2 Les divergences sur la définition de la résilience

Une première revue de la littérature nous montre que le concept de résilience reste en travail et que de nombreuses divergences persistent, à commencer par celles des définitions qui varient grandement selon que les auteurs se situent dans des approches élargies ou restrictives des principaux concepts du domaine. Il en est ainsi par exemple lorsque certains auteurs considèrent que la résilience devrait impliquer l'absence complète de troubles psychiques et comportementaux ou même pour certains l'absence de souffrance.

Alors qu'Hanus (2001) soutient une toute autre conception de la résilience, en mettant en avant qu'un traumatisme, même s'il est partiellement élaboré, laissera une trace dans le psychisme. Pour d'autres, le traumatisme va fragiliser l'individu et seul l'environnement, sa personnalité ainsi que d'autres facteurs empêchent, ou non, le risque que le traumatisme ressurgisse.

Pour Cyrulnik (1999), la résilience est un processus naturel, où les différents « *milieux écologiques, affectifs et verbaux* » (p.16) doivent être en accord pour réussir à surmonter la blessure que le traumatisme a entraîné. Il donne comme comparaison (1999) celle de l'huître qui réussit à produire, à partir d'un grain de sable qui pourrait lui être fatal, une perle.

Un peu plus tôt, Gottlieb (1991, Introduction p. XV, cite in Davis, 1999) stipule une phrase très pertinente sur l'esprit humain : « *La puissance de l'esprit humain pour supporter le deuil et la perte tout en se renouvelant avec espoir et courage défie toute description.* ». Gottlieb définit la résilience comme étant « *la puissance de l'esprit humain* ». L'esprit humain peut être compris comme l'instance psychique de façon générale. Celle-ci comprend tous les mécanismes de défense, le narcissisme, la relation à l'objet, les diverses angoisses et les topiques freudiennes. L'esprit humain est un support qui permet d'endosser le poids d'un deuil et d'une perte, qui est plus ou moins élaboré selon l'individu.

Werner et Smith expliquent que les études sur la résilience « *les études sur la résilience nous fournissent un point de vue correctif – une conscience qu'il y a des tendances d'auto-redressement qui poussent les enfants vers le développement normal des adultes dans toutes les circonstances défavorables, sauf les plus persistantes* » (1992. p.202). Ils définissent alors la résilience sur les capacités d'auto-redressement qui s'appuient sur « *les forces, sur lesquelles s'appuient les gens, les familles, les écoles et les communautés pour générer la santé et la guérison.* » (Werner & Smith, 1992, p.202). Ils font référence ici aux divers facteurs externes, pour entrer dans un processus de résilience.

Born, Chevalier et Humblet (1997) suggèrent dans leur étude que la résilience est un phénomène rare qui se définit par des relations stables, l'absence d'étiquette au niveau clinique et à une bonne adaptation des institutions publiques spécialisées dans l'hébergement des jeunes référés par les tribunaux (qui sont les sujets de leur étude). Ils ont conclu que « *Les adolescents résilients diffèrent des autres par leurs ressources personnelles, leur maîtrise de soi et leur maturité.* » (p.691). Cette conclusion relie les deux définitions précédentes. En effet, les ressources personnelles renvoient aux facteurs externes et rejoint la définition de Werner & Smith, alors que la maîtrise de soi et la maturité fait partie de ce que Gottlieb appelle « esprit humain ».

Anthony (1982) a proposé la « métaphore des trois poupées » pour permettre de décrire les différences interindividuelles face à un traumatisme : l'une de ses poupées est en verre, l'autre en plastique et la troisième en acier. Il les soumet à un coup de marteau de la même intensité. La première est complètement brisée, la seconde garde les traces qu'elle a reçue à jamais et la dernière ne possède aucune trace de séquelles et résiste au coup. Cette métaphore n'est pas à proprement parler une métaphore sur la résilience, mais plutôt sur l'image d'un enfant « invulnérable ». Mais cette supposée invulnérabilité, qui permettrait d'être invincible à tous les traumatismes possibles, serait liée à une insensibilité peu humaine ou pathologique, ce qui est loin d'être le cas des personnes résilientes qui peuvent à tout moment décompenser. Anaut (2005) met en avant que cette théorie ne tienne pas en compte l'articulation entre les facteurs de risque et les facteurs de protection d'origines internes ou externes, mais aussi de l'existence des mécanismes de défense et des capacités de coping (capacités à s'adapter face au stress), dont une personne pourrait disposer mais qu'aucune poupée ne peut développer. Ce modèle a donc été abandonné. Cependant, Manciaux (1999, cite in Anaut, 2005) s'est inspiré de la métaphore d'Anthony pour expliquer la résilience, en donnant l'exemple d'une poupée qui tombe. Il va alors prendre en compte plus de paramètres qu'Anthony comme la « *force du jet* » (négligence ou agression), la « *nature du sol* » (si celui-ci est en béton, en sable, ou en moquette) et le « *matériau* » avec lequel elle est fabriquée (en verre, en porcelaine, ou en chiffon). Par cette métaphore Manciaux montre que la résilience est un processus multifactoriel qui implique aussi bien des facteurs de risque que des facteurs de protection.

Enfin, de nombreuses divergences persistent sur le caractère durable ou temporaire du processus de résilience. En effet, si nous considérons que le traumatisme laisse toujours une trace, alors nous pouvons mieux comprendre ce qu'on appelle les « ruptures de résilience ». Ces ruptures peuvent survenir chez des personnes que l'on croyait résiliente car elles avaient

surmonté l'adversité de leur vie, mais qui vont finalement mettre en place des passages à l'acte. Nous pouvons prendre l'exemple de l'écrivain Primo Levi (qui a survécu à la déportation lors de la seconde Guerre Mondiale) ou de la très célèbre Marilyn Monroe (qui a connu plusieurs familles d'accueil lors de son enfance et de nombreux obstacles lors de sa vie) qui semblent tous les deux s'être donné la mort (Cyrulnik, 2003). Ces ruptures seraient liées à des résiliences dites négatives. Il existe cependant des résiliences positives, avec comme exemple celle de Maria Callas et de Georges Brassens (Cyrulnik, 2001). Nous pouvons dire que le phénomène de résilience est une capacité qui n'est jamais acquise, elle s'inscrit dans une temporalité qui est soumise à des variations, permettant d'expliquer à la fois les résiliences négatives que les résiliences positives.

Selon Bourguignon (2000), il n'y a pas d'immunité, la résilience à un coût. Alors que pour d'autres auteurs, ce n'est pas un prix à payer et il est possible de s'en sortir indemne. Lecomte (2002) est convaincu de la possibilité qu'un enfant maltraité puisse ne garder aucune trace du traumatisme, qu'à condition que cet enfant trouve des supports identificatoires et des contre-modèles. C'est aussi la position de Lighezzolo et De Tychéy (2004), qui pensent que la résilience doit être réservée aux personnes qui ne présenteront pas de symptomatologie durable après l'événement traumatique.

1.3 La résilience chez les enfants

Un jeune résilient est un adolescent ou un enfant qui présente une adaptation réussie en dépit de circonstances adverses. Les auteurs se réfèrent généralement à un certain nombre de compétences nécessaires à la poursuite du développement pour porter un regard sur la résilience. Drapeau et al. (2003) se sont appuyés sur des concepts tels que l'ajustement scolaire, l'autocontrôle, l'établissement de lien d'amitié et la capacité d'attachement pour en faire une échelle. Liebenberg et Ungar (2009) se sont appuyés sur les ressources aussi bien individuelles, relationnelles, communautaires et culturelles afin de construire le questionnaire nommé « Child and Youth Resilience Measure-28 » (CYRM-28) qui se traduit comme étant la Mesure de la résilience chez les enfants et les jeunes. Nous approfondirons un peu plus cet outil dans la méthodologie car il va permettre, dans cette étude, de mesurer la résilience chez les enfants tout-venants et les enfants ayant vécu de la maltraitance. Cependant, il est important de dire qu'à partir de ce questionnaire les chercheurs ont voulu obtenir trois sous-scores correspondant aux ressources individuels, contextuelles et du caregiving. Le caregiving peut se définir comme

le soin physique et psychologique qu'un ou des individus (membre de la famille et/ou fournisseurs de soins) apporte(nt) à l'enfant.

D'après l'étude menée par Drapeau et al. (2003), il existe trois points tournants positifs, qui ont permis aux adolescents placés, de se tourner vers la résilience. Il y a ceux qui vont être dans l'action, dans l'agir, ce qui « *permet de transformer le regard de ces jeunes sur eux-mêmes et l'image qu'ils renvoient aux membres de l'entourage.* » (p.31). Ensuite, « *Pour les adolescents qui n'ont plus de contact avec leurs parents, l'importance de la dimension relationnelle a été mise en lumière de manière plus apparente.* » (Drapeau et al., 2003, p.31) c'est-à-dire que ces adolescents vont faire une ou des rencontre(s) significative(s), et vont s'investir dans cette ou ces relation(s). Il est donc important pour ces jeunes de pouvoir se créer des relations, de se socialiser que cela soit avec les pairs ou les adultes qui l'entourent. Et enfin, ils ont observé que chez la majorité des enfants résilients se manifeste une forme d'introspection et une réflexion de soi qui a permis d'avancer « *Finalement, le rôle central de la réflexion et de la prise de conscience apparaît particulièrement évident pour les jeunes qui sont placés pour troubles de comportement sérieux et qui présentent des problèmes de consommation et de dépendance face aux drogues ou à l'alcool.* » (p.31). À la suite de l'explication des trois tournants, Drapeau et al. (2003, p.31) ont rajouté qu'il est nécessaire « *d'approfondir davantage ce lien entre les problématiques vécues par les jeunes placés résilients et les points tournants dans leur trajectoire.* ».

Ensuite, les chercheurs ont observé un enchaînement de phénomènes chez ses jeunes résilients et qui ont été regroupé autour de quatre processus : l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, la distanciation face aux risques, l'apparition de nouvelles occasions dans l'environnement et la propagation des gains à différentes sphères de la vie de l'adolescent. Les adolescents de l'étude vont mentionner la présence d'au moins deux ou trois de ces processus. Ces changements peuvent être directement ou indirectement liés au point tournant identifié dans une trajectoire. En effet, « *l'augmentation du sentiment d'efficacité est apparue comme un des processus centraux menant à la résilience chez les jeunes. Ainsi que Rutter (1990) le précise, ce sentiment d'efficacité résulte d'une conviction d'avoir réussi à surmonter un obstacle, d'avoir maîtrisé une situation ou de s'être surpassé. Un autre des processus identifiés par Rutter et corroboré dans la présente étude a trait à la distanciation face aux risques.* » (Drapeau et al., 2003, p.31). C'est par le cadre de vie du foyer que l'exposition aux risques n'est plus le même et diminue pour le jeune adolescent que lorsqu'il est dans son milieu

familial. Mais comme il ne peut rester que de façon limitée au foyer, il faudrait se questionner sur « *la portée à moyen terme de ce processus.* » (Drapeau et al., 2003, p.31).

1.4 Facteurs externes et internes

1.4.1 Les facteurs de risque

Il existe des conditions qui rendent la résilience difficile chez les enfants, nous appelons cela des facteurs de risque. Nous pouvons faire une liste plus ou moins exhaustive de ces diverses situations à risques, que Theis (2006) propose de séparer en deux grandes catégories en partant de la revue de littérature (Werner, 1989 ; Masten & Coastworth, 1993 ; Manciaux, 1998 ; Fortin & Bigras, 2000 ; Anaut, 2003 ; Lighezzolo & De Tyche, 2004) ainsi que les notes obtenues avec de Lighezzolo (communication personnelle, décembre 2013).

La première catégorie correspond aux « *facteurs de risque associés aux caractéristiques de l'enfant* » et comprend les différences sexuelles, la prématurité, un niveau intellectuel faible, un tempérament difficile, un handicap. Nous pouvons y ajouter la souffrance pendant la période fœtale, une séparation précoce avec la mère et une faible estime de soi.

Ensuite, la deuxième catégorie comprend les « *facteurs de risque relatifs à l'environnement externe* » qui est alors séparé en trois sous-groupes :

- Les conditions familiales qui peuvent devenir des facteurs de risque lorsqu'il y a des troubles psychiatriques ou des comportements d'addiction chez les parents, des pratiques éducatives incohérentes, le décès d'un ou des deux parents, une séparation prolongée avec la personne qui prend en charge l'enfant au cours des premières années de la vie (« *caregiver* »), grandir dans une famille monoparentale, avoir une discorde familiale chronique (on peut parler par exemple d'un divorce ou de la séparation des parents), des violences familiales (aussi bien les maltraitances physiques et/ou psychiques que incestueux), une maladie parentale chronique (somatique ou mentale), un membre de la fratrie ayant un handicap, un isolement relationnel, vivre un placement familial ou un placement dans une institution spécialisée.
- Certains éléments sociaux-environnementaux font partie des facteurs de risques, comprenant le chômage des parents, la pauvreté ou une situation socio-économique faible, des habits pauvres et un logement surpeuplé.

- Et enfin il y a les menaces vitales pour l'enfant qui représentent aussi des facteurs de risque comme la guerre, une action terroriste, les catastrophes naturelles, un accident ou le déplacement forcé (situation de migration).

A partir de cette liste, nous pouvons nous demander s'il suffit qu'un seul de ces facteurs déclenche des effets pathologiques ou si au contraire, cela nécessite plutôt un cumul de ces événements pour en déclencher les effets. Des études ont pu mettre en lumière l'existence d'un effet cumulatif ou non des facteurs de risque. C'est Gottlieb (1999) qui a repris une étude menée par Rutter et *al.* (1975) et qui ont pu identifier sept facteurs de risque associés aux caractéristiques familiales auprès des enfants habitants sur l'Île de Wight. Les résultats obtenus par l'analyse des données prouvent que « *la présence d'un seul facteur de risque n'augmente pas la probabilité de voir apparaître un trouble psychiatrique ; par contre, la présence de deux facteurs va multiplier par quatre et celle de quatre facteurs ou plus par dix.* » (Theis, 2006, p.17).

1.4.2 Les facteurs de protection/de résilience

Les facteurs de protection sont souvent à l'inverse des facteurs de risque que nous avons cités ci-dessus, comme par exemple le QI qui est un facteur de risque lorsqu'il est faible et un facteur de protection lorsqu'il est moyen ou élevé. Nous pouvons aussi donner l'exemple de la relation primaire sécurisante ou d'un réseau de soutien social extra-familial (Lighezzolo, 2013) qui sont considérés comme des facteurs de protection. Theis (2006) propose de nouveau de regrouper les facteurs de protection en deux catégories en se basant sur la revue de littérature (Luthar, 1993 ; Masten & Coastworth, 1993 ; Fortin & Bigras, 2000 ; Cyrulnik, 2003 ; Lecomte ; 2004) que nous compléterons avec ce que Haesevoets (2016) et Josse (2011) ont écrit, ainsi que les notes de Lighezzolo (communication personnelle, décembre 2013).

La première catégorie rassemble certains traits individuels propres à l'enfant comme :

- La différence sexuelle (être une fille avant l'adolescence et être un garçon après l'adolescence sont des facteurs de protection)
- Avoir un QI moyen ou élevé
- Des attitudes positives permettant de faire face à des problèmes et de les résoudre
- La capacité de planifier
- Utiliser des stratégies d'adaptation

- Avoir une expérience d'efficacité personnelle
- Avoir un « lieu de maîtrise » (« locus of control ») interne c'est-à-dire croire que leur performance, leur talent ou leur situation dépendent surtout d'eux-mêmes.
- Donner un sens à la vie (à l'aide de la religion par exemple)
- Une estime de soi élevée, de la confiance, de l'optimisme et un sentiment d'espérance
- Une compréhension de soi ou utiliser l'introspection
- Être de tempérament actif ou facile
- Un attachement sécurisant (*cf. 1.4.1 L'attachement*)
- L'autonomie ou un sens d'auto-développement
- L'endurance ou la capacité à combattre le stress
- Une bonne sociabilité accompagnée de bonnes compétences relationnelles et d'une intelligence sociale
- Une maturité précoce
- Être altruiste
- Avoir un sentiment d'utilité
- La capacité de vivre une gamme d'émotions
- Être un enfant attractif ou un bébé qu'on a envie de s'occuper
- Perception d'une relation positive avec un adulte

La deuxième catégorie regroupe les facteurs provenant d'un environnement externe. Ici nous allons lister ceux que l'on peut retrouver au sein de la famille (Haesevoets, 2016 ; Theis, 2006) :

- L'âge des parents
- Le nombre d'enfants (inférieur à 5)
- L'espace entre les naissances
- L'espace physique suffisant
- La spiritualité ou l'idéologie de la famille
- La discipline éducative
- Le soutien d'un futur conjoint à l'âge adulte

Nous pouvons y rajouter les trois caractéristiques que l'on retrouve dans la dynamique familiale correspondant à la qualité/efficacité de la communication entre les membres de la famille, aux interactions chaleureuses et positives, ainsi qu'à l'affection et le support qu'une famille peut donner et qui doit demeurer stable (Haesevoets, 2016).

Dans les facteurs de l'environnement externe nous trouvons aussi tout ce qui concerne le domaine socio-environnementaux. En effet, les écoles, les quartiers, les communautés religieuses ou idéologiques, les activités extra-scolaires, la société et la culture dans laquelle l'enfant vit sont aussi à prendre en compte car ces institutions font parties de son environnement. Les éléments qui permettent au processus de résilience de fonctionner sont :

- La solidarité (un réseau de soutien entre les personnes)
- Les attentes élevées
- Une implication active des deux parties (enfants/adultes)
- Des valeurs d'entraide et de tolérance sociales
- Des diversités des supports et des ressources sociales
- Un environnement éducatif positif et ouvert (notamment à l'école)

Les critères de résilience peuvent être différents en fonction de l'âge du sujet. Selon Lighezzolo (communication personnelle, décembre 2013), pour un enfant, il est possible de prendre en compte son niveau scolaire, son apprentissage et son désir d'apprendre (sublimation cf. 1.5.1 Mécanismes de défense). De plus, un enfant ne peut pas forcément mettre en mots ses états affectifs, il peut néanmoins les extérioriser par d'autres moyens (dessins, sports...).

Chez l'adolescent, nous prenons en compte les mêmes critères au niveau scolaire et s'il existe un investissement en dehors de la famille (Lighezzolo, *Ibid*). Toutefois, il est difficile de mettre des critères à cet âge-là, car il existe déjà un bouillonnement à l'intérieur ainsi que de nombreux changements physiques et psychologiques.

A l'âge adulte, l'adaptation professionnelle est un critère de résilience, ainsi que d'aimer et de pouvoir travailler (*Ibid*). Si la personne a subi de la maltraitance pendant son enfance et devient parent (la parentalité est aussi un critère de résilience), il faut que celui-ci possède un modèle contre-identificatoire pour compenser le rôle des parents maltraitants. Cela va permettre de dégager une identification pathogène comme la répétition (Lecomte, 2002).

Il n'y a pas beaucoup de travaux sur la résilience des personnes âgées, mise à part que même à cet âge-là, il peut y avoir des ruptures de résilience.

Nous remarquerons cependant, que les critères intra-psychiques pour permettre d'accéder à un processus résilient, sont les mêmes à n'importe quel âge. Il y a deux paramètres importants selon De Tychey (2001), il faut prendre en compte de « *la nature, la variété et surtout la rigidité ou la souplesse des mécanismes de défenses* » (que nous développerons dans la partie 1.4.5) et que l'individu puisse avoir la possibilité de parler de ce qu'il ressent et surtout de le partager. Lighezzolo (communication personnelle, décembre 2013) rajoute à ces deux

paramètres la capacité à mentaliser son traumatisme (que nous développerons aussi dans la partie 1.4.6), l'élaboration des affects, pouvoir maintenir un équilibre psychosomatique en parallèle avec la mentalisation, avoir une envie de vivre et une absence d'angoisses excessives.

1.4.3 L'attachement

Lighezzolo et De Tychey (2004) font la distinction entre deux types de tuteur, les tuteurs de développement et les tuteurs de résilience. En effet, les tuteurs de développement sont généralement attribués aux parents et correspondent aux modèles parentaux auxquels l'enfant va être confronté lors de son développement. Alors que les tuteurs de résilience sont plutôt des « *autres modèles environnementaux que le sujet peut rencontrer lorsque les modèles parentaux sont défaillants ou insuffisants* » (Lighezzolo & De Tychey, 2004, p.81). Néanmoins, les parents peuvent aussi devenir des tuteurs de résilience si le type d'attachement avec leur enfant est sûre. Pour expliquer cela, nous nous basons sur la théorie de Bowlby (1969) et ses successeurs qui ont décrit quatre styles d'attachement qui se jouent entre les parents et l'enfant :

- L'attachement sûr où l'enfant grandit dans un environnement sécurisant avec des modèles parentaux qui sont présents.
- L'attachement insûre évitant correspond au moment où l'enfant est confronté à un parent qui ne prend pas en compte les émotions de cet enfant. L'enfant n'arrive pas à partager ses affects.
- L'attachement insûre ambivalent est une relation entre l'enfant et les parents qui se structure de façon inconstante, et qui est toujours dans une oscillation ambivalente, passant d'une non-disponibilité des modèles parentaux à une trop grande intrusion.
- L'attachement insûre désorganisé se caractérise par des situations potentiellement traumatisques. Il suffit que le parent ait subi des carences lors de son enfance, un deuil non élaboré, de la maltraitance infantile ou que le parent adopte un comportement soit effrayé, effrayant ou dissocié par rapport à l'enfant.

Cyrulnik et Jorland (2012, p.76) soulignent que l'attachement sûr possède « *une fonction protectrice et présager de meilleures compétences sociales ultérieures, avec notamment une prédisposition à nouer des contacts socio-affectifs avec l'entourage relationnel élargi (pairs, autres adultes...), ce qui pourrait faciliter la résilience.* ». La qualité de l'attachement entre le parent et l'enfant peut avoir un impact sur le processus de résilience.

Toutefois, il est important de souligner que le style d'attachement n'est pas le seul élément qui participe au phénomène de la résilience, surtout que celui-ci peut évoluer au cours du temps. En effet, un style d'attachement n'est pas définitif et se modifie au cours de la vie, nous pouvons donc basculer d'un mode insécurisé à un mode sécurisé et inversement.

1.4.4 Tuteurs/tutrices de résilience

Beardslee (1990) a mis en évidence dans sa recherche certaines compétences chez les enfants placés. Notamment celle qui consiste à prendre du recul par rapport aux comportements violents de leurs parents. Cela permet à l'enfant de se protéger de ce qu'il a vécu tout en évitant d'en prendre l'entièr responsabilité contrairement à d'autres enfants qui vont se sentir responsable et culpabiliser de leur situation. Cette aptitude est vue comme un facteur de protection, tout comme l'autonomie que Werner (1989) a aussi observé chez ses enfants placés. Si « *ces compétences ont pu apparaître et se développer [c'est] grâce à une personne rencontrée* » (Vander Borght, 2017, p.47) que Cyrilnik (1999) appelle « *tuteur de résilience* ». Cyrilnik propose ce terme « *pour qualifier les modes de relations sociaux qui participent au processus résilient et permettent un développement plus harmonieux* » (cite in Anaut, 2002, p.112).

Certains auteurs (Cyrulnik, 1999 ; Vanistendael & Lecomte, 2000 ; Manciaux, 2001 ; Hanus, 2001 ; Lecomte, 2004) ont montré l'importance de créer un lien ultérieur à l'aide d'une personne ressource qui représente un facteur de protection externe par rapport à la résilience. Cyrilnik (1999) identifie les « *tuteurs de résilience* » pouvant être une personne de la famille proche, un voisin, un enseignant, un pair (ami, connaissance) ou encore un conjoint ou une conjointe. C'est-à-dire toute(s) personne(s) qui possède(nt) un lien affectif fort avec l'individu qui vient de subir une agression psychique. Cependant, dès qu'un membre a subi un traumatisme, cela va fragiliser la famille dans son ensemble (nous faisons référence ici à des traumatismes qui viennent de l'extérieur, nous devons mettre de côté les familles maltraitantes).

Dans les écrits de Cyrilnik (1999, 2001) celui-ci nous montre que les enfants maltraités ont la possibilité de trouver une personne extérieure à la famille qui deviendrait un tuteur de résilience comme un(e) enseignant(e), un(e) assistant(e) social(e), un(e) psychologue ou tout autre adulte ou pair. Anaut (2002, p.111) rajoute que « *De nombreuses observations sur les terrains cliniques attestent que des personnes de la sphère extra-familiale et des relations sociales peuvent aider l'individu à se construire, suppléant ainsi les défaillances parentales* ».

Il n'existe pas de modèle type chez les personnes ressources pour le moment, car il existe beaucoup d'éléments qui vont dépendre soit de l'adulte soit de l'enfant. Comme le souligne Manciaux (2003, p.8) « *on ne s'autoproclame pas comme tel. C'est la personne résiliente qui peut dire, parfois longtemps après : cet événement-là, cette rencontre-là, cette personne-là, ont changé ma vie* ». Cependant Lecomte (2004) relève quelques caractéristiques récurrentes parmi lesquelles la manifestation d'empathie, de neutralité bienveillante et représentant un modèle contre-identificatoire. Ces tuteurs de résilience vont permettre à l'enfant d'élaborer des mécanismes de défense adaptés et des facteurs de protection qui pourront l'aider à sortir d'une situation de crise de manière salutaire, malgré les défaillances de l'environnement relationnel familial immédiat. De plus, nous comprenons qu'une forme « *d'alchimie étrange* » (Lecomte, 2004, p.40) entre les deux protagonistes va se jouer, et dans lequel le tuteur de résilience n'en a pas forcément conscience.

1.4.5 Mécanismes de défense

Anaut (2005) nous propose la définition de Braconnier (1998) sur laquelle nous allons nous appuyer : « *La notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le Moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes* » (p.8). Pour Laplanche et Pontalis (2007), les mécanismes de défense sont utilisés de manière inconsciente et représentant « *différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense.* » (p.234). Ils définissent alors la défense comme « *un ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constante de l'individu biopsychologique.* » (p.108). Au vu du nombre important de mécanismes de défense, il est préférable de ne faire référence ici qu'aux différents processus utilisés chez des personnes résilientes. Leur rôle a été reconnu par plusieurs auteurs spécialisés dans la résilience (Cyrulnik 1999 - 2003 ; Vanistendael, 2001 ; Lecomte, 2002, 2004 ; Anaut, 2002, 2003) sur lesquels s'est appuyé Theis (2006) dans sa recherche. Il faut prendre en compte la nature, la souplesse et la variété des mécanismes de défense parce que c'est grâce à tous ces éléments que le processus de résilience peut se mettre en marche. Nous allons développer de manière synthétique les mécanismes du recours à l'imaginaire, l'humour, le clivage, le déni, l'isolation, l'intellectualisation, la sublimation, la formation réactionnelle et l'identification à l'agresseur.

Le « *recours à l'imaginaire* » est un mécanisme de défense avec une fonction indispensable pour l'équilibre psychique selon Bergeret (1990), appelé aussi « *capacité de rêverie* » par Cyrulnik (1999) et Vanistendael-Lecomte (2000). Cela permet de compenser une réalité externe trop angoissante et dangereuse, et donc de ne pas être écrasé par une réalité trop intrusive. Il permet de fuir une réalité trop brusque, trop violente, de se couper de ce qui l'entoure, l'individu va se construire des histoires, l'enfant (maltraité) peut imaginer qu'il a été adopté et que ses supposés vrais parents sont beaucoup plus aimants, ou fantasmer un ami imaginaire. Toutefois, il ne faut pas que la personne demeure cristallisée uniquement dans ce processus au risque de devenir un aspect pathologique.

L'humour permet de mettre de la distance avec l'événement traumatisant, c'est une défense qui est valorisée socialement. Néanmoins, il ne faut pas non plus rester dans ce registre car cela soulignerait une fonction qui se rigidifie. Il est considéré comme un facteur de résilience majeur par Vanistendael (2005) mais « *dont l'impact varie selon les situations, et qui agit souvent en lien avec les autres facteurs de résilience* » (p.166).

Le clivage procède à une séparation des représentations et des affects ou juste des représentations entre elles (De Tychey, 2001). Ce mécanisme va mettre de côté ce qui est insupportable pour la personne et consiste, à court terme, en une défense protectrice comme l'humour (De Tychey, 2001). Pour un enfant qui vit de la maltraitance intrafamiliale, il est préférable que ce mécanisme ne soit pas utilisé de façon trop prolongé et rigide afin que les imagos parentales (positive et négative) ne soient intériorisées de manière à être complètement séparé (Theis, 2006).

Le déni de manière partielle est potentiellement adaptatif s'il est utilisé de manière temporaire face à des situations trop menaçantes pour être intégrées (Vanistendael et Lecomte, 2000, Cyrulnik, 1999). Cette phase est appelée le temps de sidération par Cyrulnik (1999), Hanus (2001) et De Tychey (2001). Et ce processus doit se faire de manière partielle car il porte davantage sur la signification affective du traumatisme que sur la réalité elle-même.

L'isolation permet de séparer l'affect que l'on a lié à la représentation traumatisante, insupportable pour la personne. Pour Laplanche et Pontalis (2007) l'isolation « *consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues* » (p.215).

L'intellectualisation est un mécanisme de défense qui permet de maîtriser au mieux les affects tout en maintenant une bonne distance et ainsi d'éviter « *au sujet de se confronter à son implication personnelle dans une situation conflictuelle* » (Chabrol, 2005, p.37). L'intellectualisation est considérée comme une des variétés d'isolation car c'est un moyen de se séparer, et ainsi de se protéger, de l'intensité des affects liés au traumatisme en privilégiant le monde des idées (De Tyche, 2001).

La sublimation est un procédé, qui permet de déplacer l'objet pulsionnel (sexuel ou agressif) vers des activités socialement valorisées (Theis, 2006). En effet, d'après Chabrol (2005) ce processus permet « *de transformer le déplaisir lié à l'impossibilité de décharger la pulsion en plaisir* » (p.34). La différence avec l'intellectualisation c'est qu'il n'y a pas de création contrairement à la sublimation et c'est par le biais de ses créations que l'individu va pouvoir élaborer son trauma (Cramer, 1999 et Korff Sausse, 2002, cite in Theis, 2006).

La formation réactionnelle contre l'agressivité permet d'adopter une attitude socialement valorisée en remplaçant des comportements qui pourraient être considéré comme inacceptables (Ionescu, Jacque & Lhote, 1997). S. Freud (1915, cite in Callahan & Chabrol, 2003) considère que l'altruisme résulte d'un mode de formation réactionnelle contre l'agressivité, et non comme un mécanisme de défense. Il explique que l'altruisme permet de transformer un comportement égoïste en un comportement altruiste, une attitude cruelle en une attitude de compassion et de la cruauté en de la pitié. Alors que pour Ionescu et al. (1997) considèrent l'altruisme comme le « *dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit* » (p.128).

L'identification à l'agresseur se produit lorsque « *le sujet confronté à un danger extérieur, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent.* » (Laplanche et Pontalis, 2007, p.190). Ce modèle est efficace dans le processus de résilience, si le parent, qui a été maltraité pendant son enfance, possède un souvenir très précis des actes qu'il a subi, accompagné des émotions ressenties lors de ces événements comme la douleur, la tristesse, l'impuissance, la peur, etc présent dans le préconscient (Theis, 2006).

Selon A. Freud (1936, cite in Theis, 2006), les défenses sont efficaces quand celles-ci permettent de limiter la production d'angoisse et de déplaisir, et que le Moi du sujet parvient à

surmonter les situations conflictuelles. Pour De Tychey (2001), il existe deux manières dont les mécanismes de défenses vont être utilisé par l'individu. Nous pouvons les utiliser soit de manière souple, permettant ainsi d'atténuer l'impact du traumatisme, des représentations et des affects qui lui sont liés. Soit de manière rigide, empêchant de traiter mentalement, de manière adaptée, les tensions en lien avec la situation traumatisante.

1.4.6 La mentalisation

Pierre Marty introduit la notion de mentalisation dans les années 1970-1975. La mentalisation, ou élaboration mentale, est un système très complexe, qui dépend de divers éléments externes et internes. Si nous suivons la théorie de Marty (1991), c'est le système préconscient, créé dans la première topique freudienne étant l'espace entre le conscient et l'inconscient, qui est l'un des éléments les plus importants dans la mentalisation. Il est composé par des représentations que l'individu possède et se crée au fil du temps, et c'est selon la quantité et la qualité de ces derniers que le système préconscient, ainsi que la mentalisation dépendent. Il est important de souligner que les représentations psychiques sont aussi bien des représentations sensorielles, que des images élaborées ou des images motrices.

Marty (1991) va alors introduire trois notions pour définir la qualité des représentations psychiques.

Il y a tout d'abord l'épaisseur. En effet, le système préconscient est un système de stockage de ces représentations et la quantité de ceux-ci va dépendre du nombre de strates et de l'épaisseur de ces strates. Ces strates, qui s'accumulent dès la naissance, sont soit des nouvelles représentations soit des anciennes et certaines peuvent être liées entre-elles. Et plus il y a de représentations qui traversent le préconscient, plus l'individu aura la capacité d'absorber ces représentations et donc à contenir le quantum d'excitation (l'énergie psychique). Marty pense que la mentalisation sera plus favorable si l'épaisseur des représentations dans le préconscient est importante. Si l'on a vécu avec une mère aimante, alors cette couche sera plus épaisse.

Ensuite, il y a la fluidité qui correspond à la qualité des représentations ainsi que leur circulation entre le conscient et le préconscient, qui peut être utiliser à n'importe quel moment, que cela soit par rapport à des souvenirs passés ou présents.

Et enfin la permanence qui permet aux représentations de se maintenir dans le temps et ainsi de rester disponible à tout moment.

On peut ajouter un quatrième critère, nommé par Aisenstein (2008) de « *domination de l'activité* » (p.29) qui correspondrait soit à la façon dont la personne perçoit ses représentations, c'est-à-dire si elle voit l'événement vécu plus sous un angle de plaisir ou de déplaisir, ou soit par « *l'automatisme de répétition* » (p.29).

Marty (1991) explique que si l'une ou plusieurs de ces dimensions citées ci-dessus dysfonctionnent, alors la mentalisation de l'individu devient défectueuse. Il n'y a donc plus d'élaboration mentale des excitations de l'appareil psychique, cependant la décharge de cette accumulation d'excitation est nécessaire. Toujours selon Marty, lorsqu'un événement traumatisant se produit, cela va éveiller des conflits intrapsychiques dont l'individu est plus ou moins conscient de leurs existences. Toutefois, il ne prend pas en compte ce que représente la réalité externe de l'individu, qui reste un élément important. En effet, Debray (2001), qui contrairement à Marty, pense qu'un événement externe qui peut être fragilisant, additionner à une fragilisation interne peuvent alors déclencher une désorganisation somatique lorsque la réalité externe fait résonnance à celle qui est interne.

D'après Marty, il existe plusieurs structures psychiques différentes et qui vont être plus ou moins bien mentalisées. Pour souligner la différence, nous allons parler d'un côté des sujets bien mentalisés et de l'autre des sujets mal mentalisés. Mais tout en sachant qu'il est possible de favoriser l'apparition d'une dépression, des manifestations d'angoisse et mentales, chez les individus bien mentalisés, lorsque le recours à la voie mentale n'est pas disponible immédiatement. La décharge va alors se faire soit par la voie comportementale soit par la voie somatique. Cela n'empêchera pas au traumatisé de se voir élaborer psychiquement, car les « *excitations et représentations nouvelles vont rejoindre la masse de l'activité conflictuelle psychique existante qui les englobe et les assimile dans un temps plus ou moins long, avec plus ou moins de peine* » (Marty, 1991, p.37). Debray (2001) rajoute que « *personne, si bien mentalisé soit-il, n'est à l'abri d'une désorganisation somatique éventuellement grave à un moment donné de son existence.* » (p.32)

Pour les sujets mal mentalisés, leur système préconscient ne fonctionne pas, ce qui engendre un cumul d'excitations qui ne s'expriment pas et ne sont pas déchargées par la voie mentale. Apparaît alors chez ces personnes, une « *dépression essentielle et la désorganisation progressive du corps* » (Theis, 2006, p.73) c'est-à-dire une somatisation grave qui évolue dans le temps.

Mazoyer et Roques (2013) soulignent les différences interindividuelles dans le cas où une personne va se retrouver fragilisée par un événement et développer en parallèle une maladie tandis qu'une autre n'aura pas de problème de santé inquiétant alors qu'elle aura été confrontée au même événement. Les auteurs ont en tête que « *la désorganisation somatique peut être mobilisée comme défense contre un effondrement psychique* » (p.178).

La mentalisation est, selon De Tychey (2001, p.53), « *la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord* ». Nous pouvons comprendre par-là que l'élaboration mentale va donner du sens à la blessure que la personne a subi, en traduisant les diverses excitations internes en des représentations psychiques. Cette traduction s'effectue au sein du préconscient. Ensuite, ces représentations doivent être partagées, soit de façon verbale, soit par écrit ou encore par le mécanisme de la créativité, pour aboutir à un processus de résilience.

Debray (2001) développe le travail de Jasmin et *al.* (1990) dont l'étude portait sur 77 femmes suspecter d'avoir le cancer du sein mais dont le diagnostic médical n'était pas encore avéré. La méthodologie de la recherche s'est basée sur des entretiens psychanalytiques entre les chercheurs et les patientes. Ces entretiens avaient pour but de trouver les qualités de leur mentalisation, en prenant en compte les caractéristiques du fonctionnement psychique, et ainsi émettre un pronostic sur la nature de la tumeur en disant si celle-ci était bénigne ou maligne. Les prévisions de ces chercheurs ont été validé statistiquement montrant le « *rôle décisif quant aux possibilités du sujet de résister à un éventuel mouvement de désorganisation somatique* » (p.103) par rapport à ces femmes atteintes d'une tumeur qui s'est avérée bénigne. Pour se faire comprendre par tout le monde, Debray (2001) définit la mentalisation comme étant « *la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques.* » (p.103). La mentalisation est alors un type de travail psychique qui va se mettre en place lorsque l'individu se sent angoissé, en dépression et en conflits.

1.5 En résumé

En résumé, malgré les divergences des auteurs par rapport à la définition de la résilience, nous pouvons définir cette dernière comme étant un phénomène où un enfant, un adolescent ou un adulte parvient à surmonter la blessure que le traumatisme a pu entraîner. Nous remarquons l'importance chez plusieurs chercheurs, des facteurs de risque et de protection, qui peuvent alors avoir un impact chez les personnes résilientes. Cette intrication entre les différents facteurs démontre alors un processus multifactoriel de la résilience, permettant ainsi de comprendre la difficulté chez les chercheurs de définir ce terme avec précision. Ces facteurs ne restant pas immuable dans le temps, elles peuvent alors créer des variations auprès de la personne dite résiliente, provoquant alors des ruptures de résilience dont Cyrulnik en fait mention dans ces écrits.

Liebenberg et Ungar (2009), se sont appuyer sur les différents facteurs de protection, autant internes qu'externes pour pouvoir évaluer le niveau de résilience à partir d'un questionnaire auto-rapporté. Ils se basent sur le principe que lorsque nous fournissons « *à une personne la possibilité de réaliser son potentiel* » grâce à l'aide provenant d'un individu ou d'un groupe d'individu professionnel et/ou au soutien des proches de la personne.

Même si les facteurs de risque et de protection ne signifient pas qu'il existe une relation de causalité, c'est tout au long de notre vie que se joue le processus de résilience. En effet, vu que les facteurs proviennent de la personne elle-même avec ses forces et ses faiblesses, mais aussi de l'environnement et du contexte dans lequel nous évoluons. La résilience ou la vulnérabilisation vont aussi être impactés par les personnes de notre entourage et celles que nous avons rencontré.

Pour comprendre encore plus les enjeux du phénomène de résilience, il est important d'approfondir la notion de traumatisme, que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

Chapitre II - Le concept du traumatisme

2.1 Définition

Le traumatisme est un concept régulièrement revisité par des auteurs et des cliniciens car ce n'est pas un terme univoque. Le DSM-V (2013) définit le traumatisme comme étant une « *exposition à la mort effective ou à la menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Soit par exposition directe, soit un témoin direct, soit en apprenant la nouvelle d'un événement touchant un proche, soit une exposition répétée ou extrême à des caractéristiques aversives des événements traumatiques*

Il existe plusieurs types de traumatismes, à commencer par celui de type I qui correspond à une exposition unique limitée dans le temps, avec une fin claire puis celui de type II qui concorde à une exposition répétée ou de longue durée, et enfin celui de type III où les événements se multiplient, sont envahissants et violents, avec parfois un début précoce et de longue durée. C'est Terr (1991) qui va tout d'abord créer une première typologie en faisant part des traumatismes de type I et II, auquel Solomon et Heide (1999) ont rajouté le traumatisme de type III.

Herman (1997) propose de classer les traumatismes en deux catégories : ceux qui sont classé dans les traumatismes simples et ceux qui sont complexes.

Josse (2011) nous montre que les traumatismes simples ressemblent à la définition que Terr donne aux traumatismes de type I. Et que les traumatisme complexes sont similaires aux traumatismes de type II de Terr mais aussi au type III de Solomon et Heide si le trauma commence à un âge précoce. Cependant, il ne faut pas confondre lorsqu'un enfant subit plusieurs traumatismes simples (comme par exemple des accidents ou chutes répétés) avec celui qui endure un traumatisme complexe (Josse, 2011).

Plusieurs auteurs comme Bessoles (2001) et Korff-Sausse (2002), s'accordent à dire que l'événement traumatique se distingue des conséquences traumatiques. Il ne faut pas alors confondre les termes trauma, traumatisme et traumatique. Le premier représente une violence externe négative agressant l'individu et qui va entrer par effraction dans son psychisme. Alors que le second évoque les conséquences psychiques du trauma sur le sujet c'est-à-dire « *les effets représentables, figurables et symbolisables de l'effet traumatique de l'organisation fantasmatique du sujet*l'aspect économique du traumatisme

Pour en revenir aux définitions, en psychanalyse, notamment Laplanche et Pontalis mettent plus en avant des variables comme l'intensité de l'événement, la manière dont le sujet va y répondre, son bouleversement ainsi que l'impact du traumatisme. Ils définissent alors le traumatisme comme étant « *un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique* » (Laplanche & Pontalis, 2007, p.499). Ce n'est pas l'événement en soi qui est traumatique, mais l'inaptitude de la personne à intégrer l'événement psychiquement, c'est-à-dire à l'élaborer. L'élaboration ne se fait pas automatiquement par l'appareil psychique. Elle permet, d'un point de vue économique, de transformer un afflux d'excitations qui se trouve au-delà de la norme de tolérance de l'individu traumatisé. Cependant, quand la charge affective est trop lourde pour l'individu après un traumatisme alors la mentalisation en devient plus difficile. Crocq va lui aussi en 2007 décrire le traumatisme psychique comme un « *phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par des excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'un individu qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (p.72).

Josse (2011), qui s'appuie aussi sur la définition de Crocq dans son ouvrage, nous parle de plusieurs facteurs qui vont conduire les symptômes dû à un traumatisme à devenir chronique lorsque celui-ci a eu lieu pendant l'enfance. Elle mentionne qu'en fonction du type de traumatisme (mentionné précédemment), de la gravité des événements (comme les traumatismes complexes de types II et/ou III), elle y rajoute le stade du développement de la victime, ainsi que la disposition de son entourage à pouvoir soutenir et protéger l'enfant.

Josse (2011) distingue deux formes de traumatismes, celles qui sont d'origine naturelle comme les diverses catastrophes naturelles mais aussi les maladies, et celles qui sont d'origine humaine, beaucoup plus nombreuses. En effet, dans son ouvrage, Josse (2011) énumère les différents traumatismes qui sont causé par l'être humain (pouvant être commis par un membre de la famille proche ou élargie, une connaissance ou un étranger). Elle y cite les agressions sexuelles, la négligence grave, les maltraitances physiques et psychologiques que nous développerons dans la partie 2.4 la maltraitance chez l'enfant. Josse (2011) rajoute à cette liste les agressions interpersonnelles entre pairs, les attitudes malsaines et les traditions/pratiques dommageables.

Les agressions interpersonnelles entre pairs correspondent aux « *racket, les bagarres entre jeunes, les guerres entre gangs, les vols avec violence, les jeux violents, la violence amoureuse, etc.* » (p. 24). Les attitudes malsaines sont décrites comme étant « *un climat et des conduites sexualisés, la promiscuité sexuelle, l'exhibitionnisme et les confidences érotiques de la part d'adultes (au sein de la famille, dans les sectes, etc.).* » (p. 25). Et dans les traditions et pratiques dommageables ont y trouver des « *mutilations sexuelles (clitoridectomie, excision, infibulation etc.), les mariages forcés, les mariages des filles violées, les rites de passage assortis de brutalités, etc.* » (p. 25).

2.2 Distinction entre le trauma et le stress

La définition de Crocq permet de faire la distinction entre un événement stressant et un événement traumatisant, même s'ils sont similaires sur plusieurs points. C'est le psychanalyste S. Freud qui va permettre de mieux comprendre ce que provoque un stress et un trauma chez l'individu ainsi qu'au sein de son appareil psychique. En effet, Lebigot (2006) explique cette différence en prenant l'exemple de la vésicule vivante de S. Freud (1920) sous une forme de ballon sphérique, entouré d'une membrane qu'il appelle le « pare-excitation ». Le rôle de ce « pare-excitation » est de filtrer les énergies qui viennent de l'extérieur et qui circulent, alors qu'à l'intérieur de cette sphère se trouve un réseau suffisamment dense des représentations que l'individu s'est créé au cours de sa vie. La membrane est chargée d'une énergie positive pour permettre de repousser les énergies externes qui sont trop puissantes et qui pourraient perturber ces petites quantités d'énergies, et par la suite bouleverser le bon fonctionnement de l'appareil.

Lors d'un événement stressant, la vésicule va être soumise à une force extérieure (le terme « stress » en anglais voulant dire « pression ») qui va la déformer. Cette pression va engendrer une douleur psychique chez le sujet qui va s'exprimer par de l'angoisse (somatisation du corps comme : les mains moites, se ronger les ongles, rougir etc...). L'enveloppe du pare-excitation va alors se renforcer avec de l'énergie positive pour éviter à la vésicule de rompre et ainsi mettre en place les mécanismes de défense que l'individu va utiliser dans une situation stressante comme par exemple l'humour, le déni, l'isolation ou le refoulement, en ne citant ici que les principaux. Lorsque l'angoisse disparaît, la vésicule reprend alors sa forme initiale. Il peut néanmoins rester une trace de cette souffrance au sein de l'appareil psychique, toutefois elle pourra, au fil du temps, évoluer parmi le réseau des représentations voir jusqu'à disparaître.

Lorsqu'un événement traumatisant se produit, l'appareil psychique est au repos c'est-à-dire quand la charge qui protège l'appareil est faible en énergie positive. Ce manque d'énergie

est dû au fait que la personne ne s'attend pas à cet événement, la rendant vulnérable. Or, la soudaineté fait partie des critères du trauma auquel S. Freud s'est le plus attaché (et qui sera abordé ultérieurement au 2.3). Le trauma, nommé par S. Freud « corps étranger interne », va perforez la vésicule, provoquant une perturbation dans le fonctionnement de l'appareil psychique. Ce choc est susceptible de déclencher aussi bien des troubles somatiques, que des troubles psychiques.

2.3 Caractéristiques d'un trauma

Lors d'un traumatisme, Lebigot (2006) souligne quatre caractéristiques qui définissent un trauma chez un individu. Nous y trouvons la confrontation avec le Réel de la mort, l'effroi lors de l'événement traumatique, la soudaineté de l'événement et la perception et les sensations qu'on éprouve lors du trauma.

La confrontation avec le Réel de la mort signifie que soit la personne s'est vue morte ou que la mort l'a frôlé de près, soit le sujet est concerné de près par la mort, soit c'est la mort d'un autre qui survient brusquement sous ses yeux soit en voyant de multiples cadavres. S. Freud dit que malgré le fait que nous savons que nous allons mourir, nous n'y croyons pas, et que c'est sûrement pour cela que nous mettons en place des projets d'avenir, il n'y a donc pas de représentation de la mort dans notre inconscient.

Il existe aussi l'effroi lors de l'événement traumatique, à distinguer de l'angoisse qui est un processus de défense de l'appareil psychique, alors que l'effroi est l'apparition de l'effraction du traumatisme. C'est cette notion d'effroi qui empêche les mécanismes de défense de se mettre en place immédiatement, car l'angoisse de mort a été cristallisé. Il est possible que l'effroi lors de l'événement traumatique, soit oublié par le mécanisme de défense du déni.

On peut rajouter la soudaineté de l'événement, que l'on a mentionné précédemment et qui est présente à chaque fois, même lorsque l'on sait que la situation peut porter à ce genre d'épisode (exemple de soldats partant en guerre ou de sauveteurs, et se trouvant face à de nombreux cadavres en mauvais états).

Le quatrième aspect pour Lebigot et qui reste à souligner, est la perception et les sensations qu'on éprouve lors du trauma. Il est possible de voir des choses atroces aux informations, au cinéma ou d'entendre un horrible récit raconté par une tiers personne, cela ne sera pas vécu comme réel, même s'il y a un choc émotionnel, cela ne fera pas effraction comme lors d'un traumatisme.

Josse (2011) met en avant une des caractéristiques du trauma « *qui peut se transmettre d'une génération à l'autre* » (p. 33) et que les chercheurs nomment « *la transmission transgénérationnelle des traumatismes* » (Calicis, 2006) ou « *la transmission inter-générationnelle des traumatismes* » (Josse, 2011). Cependant, l'effet trans/inter-générationnel ne se limite pas qu'au traumatisme. En effet, les capacités de résilience peuvent aussi être transmises d'une génération à une autre.

2.4 La maltraitance chez l'enfant

Il a fallu attendre la fin des années 90 pour que l'enfant soit officiellement considéré comme une personne ayant des droits et non plus comme un objet, grâce au traité qui a été signé le 20 novembre 1989 dans la Convention internationale des droits de l'enfant organisée par l'ONU (Organisations des Nations Unies) et signée par tous les pays sauf les Etats-Unis. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1999, p.15) définit la maltraitance de l'enfant comme « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* ». En Belgique, quatre équipes SOS enfants ont été créées en 1979 par l'ONE, afin de prévenir les risques de mauvais traitements et aider les victimes. Aujourd'hui, c'est le décret du 12 mai 2004 qui régit l'activité des 14 équipes SOS Enfants réparties sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces équipes ont encore pour objectif de prévenir et/ou d'aider les mineurs victimes de maltraitance, en accompagnant l'enfant et sa famille. Le législateur a voulu offrir aux victimes et aux auteurs de maltraitance un lieu de parole et de soins accessibles, en offrant alors un service qui est gratuit.

Les organisations, tel que l'ONE, nous parlent de cinq formes de maltraitances différentes que l'enfant peut subir :

- **Les violences physiques** : ce sont les violences que l'on repère le plus rapidement car elles peuvent parfois laisser des traces sur l'enfant. Cela regroupe tout ce qui touche à l'intégrité corporelle de l'enfant. Josse (2011) y rajoute aussi l'exploitation des enfants en les faisant travailler comme main d'œuvre ou comme mini soldats.
- **Les violences sexuelles** : L'OMS (2002) définit la violence sexuelle comme « *tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature*

sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (p.165). L'OMS estime, quel que soit le comportement ou l'affect éprouvé par l'enfant mineur de 15 ans, que quand l'enfant est confronté à une situation sexuelle inappropriée, ou si une personne veut contraindre l'enfant par la force, l'autorité et/ou les menaces, alors cela est considéré comme une agression sexuelle.

- **Les violences psychologiques** : L'OMS inclut dans ces violences toutes les menaces, les insultes, les terreurs ainsi que les humiliations qu'un enfant a pu subir. Ce sont souvent des attitudes parentales répétitives et volontaires. Les violences psychologiques sont les plus difficiles à détecter car cela ne laisse aucune trace physique, mais les conséquences sont aussi graves que les autres maltraitances (ralentissement sur le développement psychoaffectif chez l'enfant). Cette forme de violence est souvent associée aux autres formes de maltraitances (un acte physique violent peut être accompagné d'insultes).
- **Les négligences lourdes** : correspondent au manque d'attention et de soin qui sont élémentaires chez l'enfant ou reçoit des soins complémentaires inappropriés. L'enfant peut aussi bien par exemple être privé de nourriture, de sommeil, d'hygiène, de vêtements, ou être oublié dans la voiture, dans la maison ou dans divers endroits. Il arrive parfois que le phénomène de négligence entraîne la mort par sous-alimentation ou par infections. Une mère en dépression post-partum fait partie des risques de négligence de soins. Nous pouvons y rajouter les abandons, même si ceux-ci sont plus rares.
- **La maltraitance institutionnelle ou sociétale** : due à un manque de personnel ou de collaboration entre les différentes structures qui sont victimes d'une mauvaise gestion par le pays.
- Nous pouvons aussi rajouter une sixième forme de maltraitance qui est **la violence conjugale**, car celle-ci a un impact considérable sur l'enfant. En effet, voir de la violence entraîne de la peur et peut devenir traumatisante chez l'enfant qui peut aussi être banaliser (Sadlier, 2015).

Il existe actuellement trois sortes de préventions différentes pour la maltraitance. La prévention primaire qui vise à informer la population de façon générale, la prévention

secondaire qui va plutôt concerner les personnes qui sont dans des situations à risque, et la prévention tertiaire pour éviter la récidive et mettre en place une thérapie à long terme.

Milot, Collin-Vézina et Godbout ont fait le constat que « *les traumas interpersonnels, particulièrement lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre des relations familiales, impliquent que les figures de soins de l'enfant, chargées de protéger l'enfant des traumas potentiels, échouent dans leur fonction de protection. Vis-à-vis de l'absence de ressources tant personnelles qu'environnementales pour faire face aux traumas, les enfants sont alors à risque de vivre des épisodes répétés, prolongés et chronique de stress traumatique.* » (2018, p. 21). Les enfants qui vivent ou ont vécu de la violence familiale ou de la maltraitance, ne sont pas protégés par les caregivers (les figures de soins qui sont généralement les parents).

2.5 Les parents maltraitants

Actuellement, il n'est pas possible de donner un profil type de parents maltraitants (Perrusson, 2008). Certains parents vont être dans une phase de dépression, avec un isolement total, qui les font passer à l'acte. Tandis que d'autres « *cumulent les difficultés socio-économiques* » (Perrusson, 2008, p.40) comme le chômage, le manque de relation social (qui rejoint l'isolement mentionné précédemment), les problèmes de logements, des difficultés à verbaliser leurs émotions, leur mal-être. Ces parents vont alors être dépassés par leurs affects et se sentir coupables de leurs pulsions et de leurs passages à l'acte. Dans ces cas-là, nous apportons une aide appropriée aux parents pour éviter toutes récidives.

Mais il existe d'autres maltraitances, qui sont répétées et prolongées. Le parent a l'impression que l'enfant ne s'investit pas. Dans la plupart des cas, les parents sont décrits comme immatures, avec des blessures narcissiques (qui peuvent remonter à l'époque de leur enfance), ce qui risque d'engendrer une difficulté à gérer leurs frustrations. Nous remarquons qu'avec la résilience, la répétition n'est pas inéluctable, cependant Perrusson (2008) trouve que ces parents ont vécu une enfance troublée, un passé traumatisant, une intolérance à la frustration et donc une blessure narcissique. L'enfant devient l'objet de leurs projections, de leurs pulsions. Si l'enfant ne répond pas ou plus correctement aux exigences du parent alors celui-ci perçoit son enfant comme un mauvais objet. Le parent se sent persécuté par son enfant du fait que celui-ci ne répond plus à ses désirs, à ses pulsions.

Ces parents maltraitants utilisent des mécanismes de défense qui ne sont pas les plus matures, comme le clivage, la projection et le déni. Le clivage a été cité ci-dessus lorsque

l'enfant est partagé entre bon et mauvais objet. La projection, quant à elle, consiste à expulser vers l'extérieur, si cela est lié à la pulsion agressive, alors ce mécanisme de défense va soutenir le passage à l'acte. Ensuite ce passage à l'acte va être dénié, banalisé par le parent violent sous couvert d'explication comme « il l'a mérité » ou « je ne lui ai pas fait mal ». Le parent va alors ressentir un sentiment de toute puissance (pathologie narcissique) et va se cristalliser dans un idéal rigide éducatif.

Ces parents-là ont des pulsions agressives qui n'ont pas été mentalisé, c'est-à-dire par le biais d'un processus qui permet l'élaboration mentale des affects. Lors du passage à l'acte, ils n'utilisent ni la voie mentale, ni la voie somatique mais la voie comportementale. Selon Bergeret (1981), nous avons tous une « *violence fondamentale* » en nous, et cette violence va au fur et à mesure du temps être médiatisée, mobilisée et civilisée et permettre à la personne d'être un peu plus patiente face à ses besoins, ses envies. Or les parents maltraitants n'ont pas développé cette capacité d'attendre et de gérer ses frustrations.

Il existe de la maltraitance qui se fait en toute bonne conscience, appelé aussi syndrome de Münchhausen par procuration (Le Heuzey & Mouren, 2008). Ils blessent volontairement un enfant, dans le but d'obtenir de l'attention. Le parent rend malade l'enfant pour justifier les coups, il se sent obligé de le maltraiter pour le « sauver ».

Il y a des parents qui sont dans une confusion des rôles parents/enfants et qui vont voir leur enfant comme un partenaire sexuel possible, ce qui engendre bien sûr des abus sexuels et de l'inceste, un déni des générations et aussi l'absence de repères structurants. Ce sont des familles qui ne se soumettent pas à la Loi aussi bien du code civil, que des normes sociétales (S. Freud, 1913). Le désir du parent fait Loi. L'inceste père/fille est beaucoup plus fréquent que l'inceste mère/fils qui est très dévastateur sur le plan psychique de l'enfant (trop fusionnel avec l'objet maternel).

Il existe des parents maltraitants, qui sont dans une attente narcissique inassouvie, et vont attendre que l'enfant vienne les combler. De façon inconsciente, ils vont attendre de leur enfant, l'amour qu'ils n'ont pas eu avant (principalement lors de leur enfance). Racamier (1983, cité in Blanchard & Decherf, 2009, p.154) parle de « *séduction narcissique* » dont le but « *est de maintenir dans la sphère narcissique une relation susceptible de déboucher sur une relation d'objet désirante, ou de l'y ramener.* ». Le parent va alors enfermer son enfant dans une « *sphère narcissique perverse [qui] se manifestera notamment par l'emprise et par la recherche du pouvoir sur les êtres et sur les choses.* » (Blanchard & Decherf, 2009, p.155).

Mais la réalité est toute autre, l'enfant idéalisé devient l'enfant frustrant et ainsi l'objet de maltraitance.

Et enfin, des parents qui sont dans la jouissance perverse de la souffrance de leur enfant. Le désir du parent fait loi aussi et n'est pas soumis à la loi car il l'incarne. C'est par ce processus que le parent ne va pas se sentir coupable de ses actes.

De façon générale, le parent maltraitant veut tout maîtriser d'une manière obsessionnelle, qui va plus toucher le registre paranoïaque que névrotique mettant en place une relation d'emprise avec son enfant.

2.6 En résumé

Comme nous l'avons vu dans ce deuxième chapitre, plusieurs types d'événements traumatisants peuvent toucher un enfant. La notion de traumatisme est divisée en deux catégories : simple ou complexe, qui sont répartis en trois différents types de traumatismes. Le traumatisme reste un phénomène qui vient faire effraction au niveau du psychisme de la personne, contrairement au stress. Si l'individu arrive à mentaliser l'événement, à élaborer ses affects et être soutenu par son entourage, alors le traumatisme aura moins d'impact au niveau psychosomatique (troubles psychologiques qui provoque des troubles physiques). Toutefois, si l'individu n'a pas les ressources nécessaires pour y arriver après plusieurs mois, celui-ci va développer ce qu'on appelle un trouble du stress post-traumatique.

Dans notre recherche nous allons nous intéresser principalement à la maltraitance, qui contrairement à un accident ou un décès unique, est un événement qui se répète dans le temps. Cela a un impact chez l'enfant, d'autant plus que si les parents ont été jugé maltraitants, et que l'enfant se retrouve placé, cela rajoute un nouvel événement traumatisant qui est la séparation avec les parents.

Cependant, nous aurons tout intérêt à nous intéresser aux divers événements traumatisques car nous aurons un groupe d'enfant tout-venants qui auront peut-être subi un ou des événements traumatisants.

Chapitre III - La personnalité de l'enfant

3.1 Définition

Si l'on prend la définition de la personnalité, nous trouvons que « *c'est un ensemble structuré des dispositions innées et des dispositions acquises sous l'influence de l'éducation, des interrelations complexes de l'individu dans son milieu, de ses expériences présentes et passées, de ses anticipations et de ses projets* » (Sillamy, 1980, cite in Anaut, 2015, p.14). Nous pouvons rajouter à cette définition que la personnalité va aussi être influencée par l'histoire de ces descendants et le contexte macrosocial. La personnalité permet de renvoyer la façon dont les individus se comportent et interagissent avec les autres, de façon observable. Elle renvoie aussi à la manière d'éprouver le monde grâce à nos affects, nos émotions, nos sentiments et nos goûts, ainsi que de percevoir, de réfléchir, de penser et de se représenter les autres, soi-même et le monde. Il est important de savoir que pour Bougerol (2010, p.8) « *les traits de personnalité (unités fonctionnelles) résultent de l'interaction entre les dispositions tempéramentales et les contraintes cognitives et sociales* ». Ici les dispositions tempéramentales ce sont les comportements innés avec lesquels un individu interagit et répond à son environnement. Les contraintes cognitives et sociales font plutôt référence aux diverses expériences de vie touchant plusieurs domaines (familial, conjugal, amical, socio-professionnel et socio-historique) comme les expériences relationnelles et émotionnelles de notre enfance, de notre adolescence et de notre vie d'adulte, mais aussi aux événements que nous avons vécus, aux actes posés et aux choix que nous avons fait.

On peut se demander quel est l'intérêt d'introduire de la psychologie dans la notion de personnalité ? Nous allons reprendre une phrase de Hansenne (2013, p.76) qui souligne que l'objectif de « *la psychologie de la personnalité ne se limite pas à décrire comment les individus se comportent, elle cherche aussi à expliquer et à prédire leurs comportements* ». Hansenne (2013) nous rappelle que des études, notamment en psychologie, ont été menées sur la personnalité et que divers auteurs ont défini de différentes manières la personnalité. Même si sa définition n'est pas univoque, cela reste un processus qui est ancré dans chaque individu.

3.2 L'hérédité et l'environnement

Beaucoup de personnes vont penser que l'hérédité c'est quelque chose d'immuable et qui ne changera jamais au cours d'une vie. Alors qu'il a été constaté que les individus évoluent au fil du temps et il est évident que l'environnement a aussi un impact sur ce changement. La personnalité se construit dans l'interaction avec l'autre et son environnement, et donc par le contexte et les expériences que l'individu va vivre. L'environnement et la génétique se complètent pour construire la personne. L'environnement ne se limite pas qu'au milieu familial, il faut aussi prendre en compte l'environnement scolaire, social, les activités extra-scolaires, socio-économique. Loehlin & Nichols (1976, cite in Hansenne, 2013, p.86) ont réalisé une étude de grande envergure auprès d'un échantillon de 800 jumeaux afin d'examiner les traits de personnalité et ont pu en tirer deux conclusions. La première est que « *tous les traits de personnalité sont modérément héritables* » alors que l'on aurait pu penser que « *certains traits étaient plus héritables que d'autres* ». La deuxième conclusion est que « *le milieu qui influence le plus la personnalité n'est pas l'environnement commun aux différents enfants d'une même famille mais bien celui qui n'est pas partagé* ». Actuellement, les recherches tendent à montrer que 40% des facteurs génétiques et 60% des facteurs situés dans un milieu non partagé expliquent les différences individuelles au niveau de la personnalité. Démontrant ainsi la complémentarité des gènes et de l'environnement, même si ce dernier aura plus d'impact sur l'individu.

3.3 Le Big Five

L'initiateur de l'utilisation du terme de « *trait de personnalité* » est Allport (1937, cité in Hansenne, 2013) qui ne se fie pas qu'aux comportements car il estime qu'un individu peut avoir des comportements en contradiction avec ses traits de personnalité. Nous allons présenter le modèle en cinq facteurs que l'on retrouve dans le NEOPI-R (pour les adultes) et le Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C pour les enfants). Il existe une légère différence entre ces deux questionnaires par rapport à la nomination des cinq facteurs. En effet, dans le NEOPI-R on y trouve l'Extraversion, l'Ouverture, l'Agréabilité, le caractère Conscienctieux et le Névroscisme. Or ce dernier, Névroscisme, se nomme dans le BFQ-C Instabilité Emotionnelle. Néanmoins le Névroscisme est opposé à la « *stabilité émotionnelle* » dans le livre de Rolland (2004, p.46) et donc rejoint la dimension décrite dans le BFQ-C.

Un individu ayant un score élevé à la dimension Névroserisme du NEOPI-R nous indique qu'il a tendance à s'énerver, devenir anxieux ou enclin à la dépression. Le Névroserisme représente une « *hypersensibilité, une hypervigilance et une très forte réactivité aux stimuli aversifs* » (Rolland, 2004). Nous pouvons rajouter qu'une personne ayant un trait de névroserisme prononcé, a plus tendance à éprouver des émotions négatives (comme la colère, la tristesse, la honte, l'anxiété...). Cela rejoint la dimension Instabilité Emotionnelle du BFQ-C qui représente aussi les « *sentiments d'anxiété, de dépression et de colère* » (Bouvard, Denis & Roulin, 2015) et aborde des affirmations comme « je suis triste » ou « je suis de mauvaise humeur ». Ces dimensions, qui sont similaires, nous montrent la régulation émotionnelle de l'enfant.

Nous pouvons comparer l'Extraversion à un système qui active les comportements qui vont tendre vers des situations agréables pour la personne. Les individus ayant un score élevé en Extraversion montrent qu'ils ont plus de facilité à créer des contacts avec les gens qui les entourent de manière adaptative et aussi à exprimer facilement ce qu'ils ressentent. Dans le questionnaire BFQ-C de Bouvard et *al.* cette dimension (accompagnée du mot Energie) « *réflète les qualités d'enthousiasme, d'activité, d'assertivité et de confiance en soi* » (Bouvard, 2008) se basant sur des questions comme « J'aime bouger et faire beaucoup d'activités » ou « je dis ce que je pense ».

L'Ouverture dans le NEOPI-R correspond à la tendance à vouloir s'ouvrir aux expériences, à l'exploration active de nouveautés voire inhabituelles. Rolland (2004) nous rapporte que « *cette dimension est également associée [...] à la réussite scolaire de jeunes enfants (Roskam et al., 2001) et à la créativité (Feist, 1998)* ». Au sein du BFQ-C, l'Ouverture est justement liée à l'Intellectualité avec des phrases regroupant « *l'intellectualité auto-rapportée, l'ouverture à la culture, aux idées, à la créativité* » (Ibid.) comme « je connais beaucoup de choses » ou « je suis capable de créer de nouveaux jeux et divertissements ».

L'Agréabilité, qui est opposé à l'Antagonisme, est liée aux comportements que peut avoir la personne vis-à-vis des autres. Cela comprend les relations avec autrui et la tonalité de celle-ci (« *empathie, bienveillance, chaleur ou cynisme, indifférence, hostilité* » Rolland, 2004). Dans le BFQ-C, l'Agréabilité « *évalue la sensibilité aux autres et à leurs besoins* » en se basant sur des affirmations tel que « je partage mes affaires avec les autres » ou « je traite mes amis avec amour et chaleur ».

Et enfin le dernier facteur correspond au caractère Consciencieux, que les auteurs opposent à l'Impulsivité, et qui « *renvoie à la motivation, l'organisation et la persévérence dans les conduites orientées vers un but* » (Rolland, 2004). Cette dimension que nous pouvons aussi appeler Conscienciosité évalue chez les enfants plutôt la « *confiance, la méticulosité* ».

l'obéissance aux règles » (Bouvard, 2008) avec des phrases comme « ma chambre est rangée » ou « pendant les heures de classe, je suis concentré(e) sur ce que je fais ».

3.4 En résumé

Au cours de sa vie, la personnalité d'un enfant va se développer en se basant sur des dispositions innées et acquises. A cela se rajoute l'influence de l'éducation, de l'environnement, des interrelations, des expériences vécues, des projets ainsi que l'histoire de sa famille. La personnalité va alors se refléter par son comportement qu'il aura avec les pairs et les adultes, la manière dont l'enfant va expérimenter le monde en se basant sur ce qu'il ressent (affects, émotions, sentiments, goûts). La personnalité est principalement perçue avec la présence de l'autre car elle se joue aussi en fonction de la représentation de l'autre, de soi et du monde. L'impact de l'environnement sur la personnalité comprend donc le milieu familial, scolaire, sociale, socio-économiques et le lieu des activités. Quant à l'impact de la génétique, il n'est que modérément héritables et c'est l'environnement non partagé dans les fratries qui jouent un plus grand rôle dans le développement de la personnalité.

Nous avons vu les cinq facteurs qui décrivent au mieux la personnalité d'un individu. Le Névrosisme/Instabilité Emotionnelle (vs. Stabilité Emotionnelle) qui représente un système permettant de percevoir la menace et de contrôler la production d'émotions dites négatives (Rolland, 2004). L'Extraversion/Energie chez l'enfant évoque principalement l'estime de soi, d'émotions positives, les activités et la capacité à pouvoir s'exprimer librement devant les autres. L'Ouverture permet de comprendre comment l'individu régule ses réactions face à la nouveauté. Comme nous l'avons écrit précédemment, l'Agréabilité regroupe la tonalité que prend les relations avec les autres. Et enfin la Conscienciosité semble réguler les conduites de type persévérandes pour atteindre un objectif fixé, tout en s'organisant.

Chapitre IV – Lien entre résilience et personnalité

4.1 Les recherches

Comme nous l'avions mentionné dans le chapitre de la résilience, ce phénomène s'explique par la combinaison de facteurs de protection, de risque et de vulnérabilité. Dans ce même chapitre, nous avons pu constater qu'il existe des facteurs interpersonnels comme les tuteurs/tutrices de résilience ou l'attachement et des facteurs intrapersonnels comme les mécanismes de défense ou la mentalisation. Ce sont les recherches de Fonagy, Steele M, Steele H, Higgitt, et Target (1994) ainsi que de Hjemdal, Friborg et Stiles (2010) qui ont permis de démontrer que la personnalité fait partie des variables intrapersonnelles qui ont un impact sur la résilience.

Au sein de la recherche de Hjemdal, Friborg et Stiles (2010), ceux-ci ont démontré que dans la résilience, une grande partie des variables intrapersonnelles chez un adulte est liée à sa personnalité. Dans leur méthodologie, ils ont utilisé deux questionnaires, le NEOPI-R qui est le test de personnalité pour adulte et le *Resilience Scale for Adults* (RSA ou Echelle de résilience pour adultes). Dans cette échelle, il y a six facteurs, dont quatre qui sont dans la catégorie intrapersonnelle et deux dans la catégorie interpersonnelle. Hjemdal et *al.* ont montré que le Névrosisme (Instabilité Emotionnelle) est corrélé négativement avec tous les facteurs du RSA, et les scores sont plus fortement corrélés avec certains facteurs intrapersonnels. De même pour les dimensions Extraversion, Agréabilité et Conscienciosité qui sont aussi fortement corrélés avec certains facteurs intrapersonnels. Contrairement à la dimension Ouverture d'esprit qui est corrélé moyennement avec les deux facteurs interpersonnels.

Nous pouvons nous demander si en fonction du style de personnalité que l'individu possède, cela va influencer le fonctionnement du phénomène de résilience. Selon Bolger et Zuckerman (cite in Evrard, 2018) la personnalité serait en lien avec le choix que la personne fait d'utiliser tel ou tel mécanisme de défense et qui permettrait de s'adapter après avoir vécu un événement potentiellement traumatisant. En effet, « *la personnalité a alors un rôle déterminant dans le recours aux stratégies défensives, favorisant ou, au contraire, bloquant leur utilisation (Bolger & Zuckerman, 1995)* » (Evrard, 2018).

Ensuite, nous sommes tombés sur une recherche anglophone (Milojev, Osborne & Sibley, 2014) qui se sont penchés sur le changement de personnalité parmi les six facteurs

(Extraversion, Agréabilité, Conscienciosité, Stabilité Emotionnelle, Ouverture à l'expérience et honnêteté – humilité) avant et après les tremblements de terre de Christchurch auprès de 3 914 Néo-Zélandais. Les résultats obtenus ont montré une stabilité au niveau de la personnalité, sauf à la dimension Stabilité Emotionnelle qui a légèrement diminuer chez les personnes ayant vécu des tremblements de terre. « *Ces résultats indiquent que la plupart des différents aspects de la personnalité sont résilients après une catastrophe naturelle majeure* » (Milojev et al., 2014).

Nous n'avons pas trouvé de recherche ni anglophone ni francophone concernant la relation entre la résilience et la personnalité chez les enfants.

4.2 En résumé

En résumé, il existe peu de recherche sur la relation entre le processus de résilience et la personnalité, notamment chez les enfants. Nous nous sommes alors basés sur le peu de recherche menée sur des adultes. Ce sont surtout les facteurs intrapersonnels qui sont mis en avant par les auteurs et qui aurait un impact sur la résilience. Surtout que ces facteurs intrapersonnels sont liés à la personnalité de l'individu. De plus, le niveau de Stabilité Emotionnelle semble être légèrement impacter à la suite d'un événement tel que les tremblements de terre.

Chapitre V - Hypothèses théoriques

Le but de cette recherche est de pouvoir faire un lien entre la résilience et un trait ou plusieurs traits de personnalité chez l'enfant. Nous pouvons nous demander s'il existe une corrélation entre ces deux notions. C'est pour cette raison qu'il semble important de mener cette étude avec une visée comparative entre les enfants maltraités et les tout-venants.

Hypothèse 1 : La relation entre le test de personnalité et les ressources individuelles de la résilience est plus forte que la relation entre le test de personnalité et les ressources relationnelles et contextuelles.

Nous faisons cette hypothèse en nous basant sur l'étude de Hjemdal, Friborg & Stiles (2010) qui ont démontré que le NEO-PI-R (test de personnalité pour adulte) possède une relation plus importante avec les facteurs intra-personnels (et donc lié à l'individualité) qu'avec les facteurs inter-personnels que l'on trouve dans le Resilience Scale for Adults (RSA ou Echelle de résilience pour adultes).

Hypothèse 2 : Dans une même fratrie, comme chaque enfant à ses propres traits de personnalité, le processus de résilience aura une approche différente.

Dans une fratrie, il y a des environnements qui sont partagés (à la maison par exemple) et d'autres qui ne le sont pas (à l'école, les activités extra-scolaires...). Or comme nous l'avons vu dans la partie théorique, 60% des facteurs de l'environnement non partagé explique la personnalité. Nous pouvons supposer qu'il en ait de même pour le processus de résilience, surtout si nous nous basons sur la recherche menée par Pamfil, De Tychey, Lighezzolo, Theis, Claudon, Diwo et Popa (2007). Leur étude raconte le parcours de jumelle roumaines, qui ont vécu les mêmes événements traumatisques dans leur enfance et dont l'une a été catégorisée comme enfant vulnérable, tandis que sa sœur a été catégorisé comme résiliente.

Hypothèse 3 : Un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, obtient un score plus bas au niveau du total du caregiving qu'un enfant tout-venant.

Nous faisons cette hypothèse car nous savons que le caregiving concerne les personnes qui prennent soin de l'enfant physiquement et psychologiquement, tout en répondant adéquatement à ces besoins. Ce sont généralement les parents ou des membres de la famille proche de l'enfant. Et comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, une séparation prolongée avec la personne qui prend en charge l'enfant au cours des premières années de la vie

(« caregiver ») est un facteur de risque (Theis, 2006) ainsi que d'avoir vécu des violences familiales (Manciaux, 2001b). Or les enfants placés ont vécu une ou plusieurs formes de violences familiales et se retrouvent dans des institutions, séparés de leurs parents et de leur famille.

Hypothèse 4 : Un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, a plus de possibilité de présenter des symptômes que l'on retrouve lors d'un stress post-traumatique qu'un enfant tout-venant.

Nous faisons cette hypothèse en partant de ce que Milot, Collin-Vézina et Godbout ont écrit : « *les traumas interpersonnels, particulièrement lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre des relations familiales, impliquent que les figures de soins de l'enfant, chargées de protéger l'enfant des traumas potentiels, échouent dans leur fonction de protection. Vis-à-vis de l'absence de ressources tant personnelles qu'environnementales pour faire face aux traumas, les enfants sont alors à risque de vivre des épisodes répétés, prolongés et chronique de stress traumatisant.* » (2018, p. 21). Ces auteurs nous montrent que les figures de soins sont importantes et sont généralement défaillantes chez les enfants maltraités. Suite à cela, ces enfants ne sont plus protégés des traumas potentiels et sont donc plus susceptible de développer des symptômes du stress post-traumatique.

Hypothèse 5 : Les filles obtiendront des scores plus élevés au questionnaire de la résilience que les garçons.

Nous faisons cette hypothèse à partir de l'article de Liebenberg, Ungar et Van de Vijver (2012) qui stipulent dans leur partie analyse et résultats, « *les filles ont obtenu systématiquement des scores plus élevés pour les huit variables que les garçons* » (p. 223). Nous allons vérifier si dans notre échantillon cette hypothèse se confirme aussi.

METHODOLOGIE

I. Design expérimental

L'objectif de notre recherche est de pouvoir observer l'existence ou non d'un lien significatif entre la résilience chez l'enfant et un ou plusieurs traits de personnalité parmi les cinq facteurs (Agréabilité, Extraversion/Energie, Conscienciosité, Instabilité Emotionnelle et Ouverture/Intellectualité).

Pour répondre à notre problématique ainsi qu'à nos hypothèses, il est important de mettre en place une méthode comparative entre les enfants qui sont placés pour maltraitance et les enfants tout-venants. Les enfants rencontrés, ont été invités à remplir trois questionnaires en lien avec la résilience, le trauma et la personnalité (que nous aborderons dans la partie 2.4 Passation des outils et que nous développerons un peu plus dans la partie 3. Outils méthodologiques).

II. Procédure méthodologique

2.1 Critères d'inclusions

Afin de vérifier nos hypothèses, nous allons réaliser une étude quantitative avec une population scindée en deux groupes. L'étude nécessite alors de recruter un échantillon d'une vingtaine d'enfants placés et d'une quarantaine d'enfants tout-venants. Les enfants placés doivent faire l'objet d'un placement par le SAJ ou SPJ, dans une famille d'accueil ou un foyer ou suivis par l'équipe SOS enfants/familles car cela signifie que la maltraitance a été avérée. Un autre critère d'inclusion est que l'enfant doit être âgée entre 8 et 12 ans. Les raisons pour lesquelles nous avons choisi cette tranche d'âge, c'est parce qu'il y a peu de recherche au niveau de la résilience et de la personnalité, notamment chez les enfants, et que les différents outils utilisés dans notre cadre de ce travail sont adaptés aux enfants qui ont 8 ans ou plus. De plus, nous avons choisi de récolter les données par questionnaires/échelles auto-rapportés, il est donc nécessaire que l'enfant sache lire et comprenne ce qu'il lit, même si la présence d'un adulte sera recommandée lors de la passation des tests afin de répondre aux éventuelles questions.

2.2 Dimensions éthiques

Nous avons dans un premier temps, demandé l'accord auprès du Comité d'Éthique de la Faculté afin de poursuivre notre étude. Nous avons alors réalisé deux formulaires d'information, dont l'un est à destination des parents (*cf.* Annexe 1) dans le but de faire comprendre l'objectif de notre étude et de connaître les droits qu'ils ont par rapport à la recherche ainsi que leur enfant et une autre à destination des structures (écoles et foyers) (*cf.* Annexe 2). Il est important aussi de demander le consentement du directeur/directrice de la structure (*cf.* Annexe 3), ainsi que celui des parents (*cf.* Annexe 4) et celui de l'enfant (*cf.* Annexe 5). Après l'obtention de l'accord du comité éthique, nous avons pu mettre en place notre méthodologie que nous allons développer ici.

2.3 Procédure de recrutement

Dans le but de pouvoir recruter notre population, nous avons recherché les différentes structures répondants à nos critères. Comme mentionné précédemment, pour avoir le groupe des enfants tout-venants nous avons contacté les écoles et pour les enfants placés nous avons contacté les différents foyers. Le choix de travailler avec des foyers a pour but d'avoir la possibilité de regrouper les différents enfants, ou de les voir un par un en fonction de la disponibilité des enfants, sans devoir passer par un rendez-vous et ainsi faire passer les trois questionnaires. Car dans les structures SOS enfants/famille, il aurait fallu prendre rendez-vous, faire déplacer un des parents et demandant alors un engagement encore plus grand de la part du parent et de l'enfant.

Avant de commencer, il était important d'avoir l'accord du directeur ou directrice de l'établissement afin de trouver un moyen d'informer et d'obtenir le consentement des parents et des enfants qui souhaitaient y participer et connaître ceux qui ne souhaitaient pas y participer. Lorsque nous rencontrons l'enfant, nous lisons la feuille de consentement dans lequel est inscrit qu'ils ont le choix d'y participer, qu'ils ne sont pas dans l'obligation de le faire et qu'ils peuvent retirer les données que nous aurons récolté.

2.4 Passation des questionnaires

Lorsque les différents consentements ont été signé, nous faisons alors passer les trois questionnaires aux enfants. Il y en a un qui évalue l'impact d'un événement traumatisant chez l'enfant avec le PCL-S, un autre qui mesure la résilience avec le CYRM-28 et le troisième n'est nul autre que le questionnaire sur la personnalité chez l'enfant, appelé le « Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C) » afin de déterminer la personnalité de l'enfant. Les enfants remplissent les différents questionnaires que ça soit par groupe ou une personne à la fois avec la présence de l'étudiante pour expliquer les consignes des trois questionnaires, en expliquant le but de ma recherche et de répondre aux éventuelles questions. Les enfants doivent noter leur nom et leur prénom sur chaque questionnaire dans le but de pouvoir regrouper les différents questionnaires qui ont été rempli par l'enfant sans que cela ne soit mélangés avec les autres enfants. Cependant, toutes les données récoltées ont été traitées de manière à anonymiser l'enfant en leur attribuant un code : le nom et prénom du premier participant correspond au sujet n°1, le nom et prénom du deuxième participant correspond au sujet n°2 etc... afin de pouvoir garder les informations acquises dans la plus stricte confidentialité.

III. Outils méthodologiques

2.1 The Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) de Ungar et Liebenberg

Dans le but de mesurer le niveau de résilience de chaque enfant, nous avons utilisé le Child and Youth Resilience Measure qui est un outil comprenant plusieurs ressources que l'on retrouve chez les enfants résilients de 8 à 23 ans. Nous retrouvons notamment les ressources individuelles, relationnelles, communautaires et culturelles.

Le Child and Youth Resilience Measure est un outil de 28 items comprenant les quatre ressources que l'on retrouve chez un enfant résilient, c'est-à-dire les ressources individuelles, relationnelles, communautaire et culturelle. Pour chacun des items, il y a une échelle de Likert en cinq points allant de 1 « pas du tout » à 5 « Enormément », permettant ainsi d'obtenir un score total de résilience. Il existe une consigne de cet instrument qui n'a pas été modifié et qui est « *Dans quelle mesure les énoncés ci-dessous correspondent-ils à votre situation ? Encerclez une seule réponse pour chaque énoncé* ».

Ensuite, comme l'explique le groupe Resilience Research Center (2013), le questionnaire peut être rempli de manière informatisé (par l'étudiante à partir des réponses des enfants sur la version imprimée) sur un document Excel qui va ensuite calculer le score total de la résilience que l'enfant a obtenu, mais aussi les différentes ressources que nous avons mentionnées précédemment avec les différents sous totaux. En effet, à partir de ce document Excel, nous obtiendrons le total individuel, le total du caregiving* et le total contextuel. Le total individuel regroupe trois dimensions : les compétences personnelles individuelles, le soutien individuel par les pairs et les compétences sociales individuelles. Ensuite, le total du caregiving rassemble les scores obtenus aux soins physiques et psychologiques. Et enfin, le total contextuel comprend les résultats dans le contexte spirituel, le contexte de l'éducation et le contexte culturel. Nous allons alors grâce à ce questionnaire obtenir treize scores, permettant de comprendre quels domaines sont les plus soutenant au sein de notre échantillon et ceux qui le sont moins.

Par rapport au score total de résilience, les enfants obtenant un score entre 140 et 118 sont considérés comme ayant un haut niveau de résilience, ceux obtenant un résultat entre 117 et 106 ont un niveau moyen de résilience, si le score est entre 105 et 93 alors l'enfant a un faible degré de résilience et ceux avec un résultat compris entre 92 et 28 sont considérés comme ayant un très faible niveau de résilience.

2.2 Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C) de Barbaranelli, Caprara, Rabasca et Pastorelli

Dans le but de connaître la personnalité de l'enfant, nous choisissons de faire passer le questionnaire des cinq facteurs en version enfants – le Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C) en anglais, et qui évalue les cinq facteurs chez les enfants entre 8 et 18 ans. Il a été créé par Barbaranelli, Caprara, Rabasca et Pastorelli en 2003 (cite in Bouvard, Denis & Roulin, 2015). Il existe une version enfant et une version pour les parents (qui reprend les mêmes items que la version enfant mais écrit à la troisième personne).

Le premier facteur concerne l'Extraversion/Energie et évalue les domaines « *tel que l'activité, l'assertivité, la confiance en soi et l'enthousiasme* » (Bouvard, Denis & Roulin,

* Un individu, tel qu'un membre de la famille ou un tuteur, qui prend soin d'un enfant qu'il a en charge.

2015). Un autre facteur qui évalue quant à lui l’Agréabilité, c'est-à-dire « *l'intérêt porté aux autres et à leurs besoins* » (Ibid). Le troisième facteur s'intéresse à la Conscienciosité et donc mesure « *le fait d'être fiable, ordonné et obéissant* » (Ibid.). Le quatrième facteur regroupe les items se référant à l’Instabilité Emotionnelle, et donc tout ce qui est lié « *aux sentiments d'anxiété, de dépression et de colère* » (Ibid.). Et enfin le cinquième et dernier facteur jauge l’Ouverture/Intellectualité de l'enfant et comprend les « *auto-reports de l'intellectualité, la créativité et la variété des intérêts culturels* » (Ibid.). Ce questionnaire que l'on retrouve intégralement dans le livre de Bouvard (2008) et qui comprend 65 items pour évaluer les cinq facteurs mentionnés précédemment. Il est préférable que l'enfant remplisse par lui-même son questionnaire.

Les items du questionnaire sont cotés selon l'échelle de Likert en cinq points en partant de 1 « presque jamais » à 5 « presque toujours ». D'après Bouvard *et al.* (2015) « *Plus la note obtenue à l'échelle est grande, et plus l'enfant présente un haut degré du trait de personnalité correspondant à Extraversion/Energie, Agréabilité, Conscienciosité, Instabilité Emotionnelle, Ouverture/Intellectualité* ». Nous utiliserons la version française qui a pu être validée par l'auteur et les traducteurs. La consigne de départ est restée inchangée étant donné que le questionnaire est adapté aux enfants et elle se présente ainsi « *Ce questionnaire est composé d'une série de phrases qui décrivent des façons d'agir. Pour chaque phrase, indique en entourant ta réponse, ce qui est vrai pour toi, de 1 = presque jamais à 5 = presque toujours.* ». L'enfant doit noter son nom et son prénom ainsi que sa date de naissance.

La cotation est identique au chiffre que l'enfant aura entouré, allant donc de 1 à 5 pour chaque item et les items sont dispersés en cinq dimensions. Plus le score est élevé dans un domaine, plus cela signifie que l'enfant possède une personnalité proche de cette dimension et plus le score est faible, plus l'enfant s'éloigne de cette dimension.

2.3 L'échelle de trauma PCL-S de Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane

Nous allons estimer grâce à un questionnaire, l'impact d'un événement traumatique chez l'enfant en estimant les signes du trouble du stress post-traumatique à partir de la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) (Canuel *et al.*, 2019). Dans cette échelle, trois aspects symptomatiques sont évalués : la répétition que ça soit des images ou des rêves de l'événement traumatique, l'utilisation de

l'évitement des pensées, des activités, des lieux et des personnes qui vont rappeler cet événement traumatisant et la dernière forme symptomatique évalué par l'échelle est l'hyperactivité neurovégétative (tout ce qui est trouble du sommeil, l'irritabilité et les différentes réactions comme le sursaut...). Les chercheurs Yao et al. (2003) ont écrit un article permettant de valider la traduction en français de l'échelle PCL-S qui a été développée par un groupe de chercheurs Weathers et al. en 1993 en faisant passer l'autoquestionnaire à 123 vétérans de la Guerre du Viêt-Nam. L'échantillon de l'étude de Yao et al. (2003) était de cinquante-sept patients âgés entre 18 et 75 ans.

Les instructions concernant l'échelle de trauma ont été légèrement modifiés afin que celle-ci reste compréhensible pour les enfants. En effet, nous avons changé le mot « symptômes » par le mot « signes », et le mot « épisode » par « situation » ce qui donne comme énoncé ceci : « *Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de signes fréquents qui suit une situation stressante. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème stressant dans le mois précédent.* ». Nous donnons diverses situations stressantes (un contrôle, un déménagement, l'arrivée d'un petit frère ou petite sœur, la séparation des parents, un conflit, des difficultés à la maison, un accident...). Ensuite l'enfant doit décrire en une phrase l'événement stressant qu'il a vécu, une situation où l'enfant ne se sentait pas bien, et il doit indiquer la date de cet événement de manière approximative. Avant de remplir le questionnaire l'enfant doit noter différentes informations sociodémographiques comme son nom, son prénom, son âge, son sexe et la date de naissance.

Les participants évaluent chaque item de 1 « pas du tout » à 5 « très souvent » afin d'indiquer dans quelle mesure le symptôme est apparu au cours du dernier mois. Nous obtenons ainsi des scores totaux compris entre 17 et 85 avec un score de seuil (cut-off) de 44 lors d'un dépistage, et de 50 lorsque l'objectif est de faire un diagnostic (Attal, 2011).

IV. Précautions éthiques

Comme mentionné précédemment, étant donné que la récolte de données concerne des sujets humains, notamment ici des enfants, il était important d'obtenir l'accord du Comité d'Éthique de l'Université de Liège. La mise en place de ce mémoire ne met pas l'intégrité physique et psychologique des sujets en danger, cependant le sujet de notre recherche touche un domaine sensible lié au traumatisme, à la maltraitance, il était donc primordial que les lettres

d'informations et de consentements soient compréhensif pour tout le monde, tout en faisant attention à l'impact que cela pouvait avoir auprès des personnes. Les enfants, ainsi que leurs parents ont la possibilité, à tout moment, de mettre fin à leur participation sans devoir se justifier, tout en sachant que les données récoltées restent confidentielles et sont anonymisées au sein de la recherche.

V. Hypothèses opérationnelles

Hypothèse 1 : La relation entre le test de personnalité et les ressources individuelles de la résilience est plus forte que la relation entre le test de personnalité et les ressources relationnelles et contextuelles.

C'est à partir de la corrélation et d'une régression linéaire entre le test de personnalité de l'enfant et celui de résilience, qu'il sera possible de déceler l'existence ou non d'un lien plus fort entre la personnalité de l'enfant et les facteurs individuelles que la relation entre la personnalité et les facteurs relationnelles et contextuelles.

Hypothèse 2 : Dans une même fratrie, comme chaque enfant à ses propres traits de personnalité, le processus de résilience aura une approche différente.

En fonction du nombre de frères et sœurs que nous obtiendrons dans notre recherche, nous ferons une comparaison au sein de la fratrie en utilisant la méthode dites du cas unique. Nous comparerons les résultats obtenus aux différents questionnaires.

Hypothèse 3 : Un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, obtient un score plus bas au niveau du total du caregiving qu'un enfant tout-venant.

Pour répondre à cette hypothèse, nous allons devoir effectuer des statistiques soit paramétriques ou soit non paramétriques suivant si la courbe suit une Loi normale ou non, afin de pouvoir comparer les moyennes des deux groupes. Et c'est à partir des résultats obtenus au questionnaire CYRM-28 sur la résilience que nous exécuterons nos statistiques.

Hypothèse 4 : Un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, a plus de possibilité de présenter des symptômes que l'on retrouve lors d'un stress post-traumatique qu'un enfant tout-venant.

C'est en s'appuyant sur les résultats obtenus au questionnaire PCL-S que nous allons pouvoir faire une comparaison entre les deux groupes. Comme l'hypothèse 3, nous allons

devoir effectuer des statistiques soit paramétriques ou soit non paramétriques suivant si la courbe suit une Loi normale ou non. Puis nous ferons une comparaison entre les deux groupes.

Hypothèse 5 : Les filles obtiendront des scores plus élevés au questionnaire de la résilience que les garçons.

C'est avec les résultats que nous obtiendrons au questionnaire du CYRM-28 que nous nous baserons pour ainsi faire une comparaison entre le groupe des filles et celui des garçons. Comme pour les hypothèses 3 et 4, cette comparaison pourra se faire après avoir réalisé des statistiques paramétriques ou non paramétriques, toujours en fonction de la normalité de la courbe.

RESULTATS ET ANALYSES

I. Traitements des données

Après la cotation des trois questionnaires, nous allons utiliser le logiciel « SAS » et « Statistica » pour analyser l'ensemble des données de manière quantitative, en prenant un seuil de signification de 0,05, c'est-à-dire avec un intervalle de confiance à 95%.

Notre échantillon total est de 63, cependant nous avons un groupe de 42 enfants et un groupe de 21 enfants. Dans chaque groupe, $N < 50$, alors nous devons effectuer une vérification avec un test de normalité grâce au test de Shapiro-Wilk. Lors de la vérification de la condition de la distribution des données, nous avons pu constater que les résultats obtenus sur la résilience dans les deux groupes suivent une courbe normale ($p > 0,05$). Au niveau de la personnalité, l'Agréabilité chez le groupe contrôle ne suit pas une courbe normale ($p < 0,05$), il en est de même pour l'Instabilité Emotionnelle chez le groupe placé ($p < 0,05$). Pour le questionnaire sur le traumatisme, nous obtenons des résultats qui suivent la courbe normale ($p > 0,05$). Ensuite en regardant l'homogénéité des variances nous avons tous les résultats qui ont obtenus un $p > 0,05$ et donc le paramètre l'homogénéité des variances a été vérifié au niveau des différents totaux obtenus aux trois questionnaires. De ce fait, ces éléments nous ont amené à utiliser des tests paramétriques, c'est-à-dire les tests de T de Student, l'utilisation de l'ANOVA, l'analyse de régressions et les corrélations.

Nous allons restituer dans un premier temps, les données de statistiques descriptives afin de décrire de manière générale l'échantillon, pour ensuite passer aux statistiques paramétriques.

II. Composition de l'échantillon

2.1. Données sociodémographiques des enfants

Dans cette recherche, nous disposons de deux échantillons distincts, celui du groupe contrôle ($n=42$) et celui du groupe des enfants placés ($n=21$). Au sein du groupe d'enfants tout-venants, nous avons obtenu une composition de 50 % de filles ($n=21$) et 50 % de garçons ($n=21$). Alors que le groupe des enfants placés ayant participé à l'étude comprend 14 filles (67%) et 7 garçons (33 %).

Un autre élément sociodémographique, que nous pouvons donner, est que toutes les structures où les enfants ont participé à l'étude sont établis dans la province de Liège. Cependant, pour garantir l'anonymat des enfants, nous tairons le lieu exact des différents établissements.

Dans l'échantillon général (n=63) nous avons fait passer les trois questionnaires à des enfants âgés entre 8 et 12 ans. Le plus jeune de l'échantillon est âgé de 8 ans et 0 mois lors de la passation, tandis que le plus âgé a 12 ans et 5 mois. Plus précisément, dans notre échantillon, nous avons vingt-trois enfants qui ont entre 8 ans - 9 ans et 11 mois, vingt-deux enfants ont entre 10 ans - 10 ans et 11 mois, quatorze enfants ont entre 11 ans - 11 ans et 11 mois et enfin quatre enfants qui ont entre 12 ans - 12 ans et 11 mois. La moyenne d'âge est de 10,41 grâce à la date de naissance et la date de passation, et que l'on peut donc arrondir à 10 ans et 5 mois.

2.2 Statistiques descriptives

2.2.1 Comparaison groupe contrôle et groupe placé

La moyenne du score total de la résilience est un peu plus élevée chez les enfants tout-venants avec un score de 109,33 alors qu'elle est de 105,38 pour les enfants placés. Le minimum étant de 66 et un maximum de 136 chez les tout-venants alors que les enfants placés ont des scores se situant entre 59 et 129. Au sein des différentes ressources que l'on retrouve dans le questionnaire CYRM-28, les enfants du groupe contrôle ont des scores plus élevés que les enfants placés (cf. Annexe 6). Dans les sous-scores des différentes ressources, nous pouvons observer que le groupe des enfants placés ont deux scores qui sont plus élevés chez eux que dans le groupe contrôle. Notamment, au niveau du soutien individuel par les pairs et le contexte de l'éducation.

Par rapport aux dimensions de la personnalité, les enfants tout-venants ont des scores plus élevés en Extraversion, Agréabilité, Conscienciosité et en Ouverture que les enfants placés. Les enfants qui ont vécu de la maltraitance ont un score en Instabilité Emotionnelle plus élevé que chez les enfants du groupe contrôle (cf. Annexe 6).

Au niveau du score moyen pour l'échelle de trauma, nous pouvons remarquer qu'il est un peu plus élevé chez les enfants placés (41,57) que dans le groupe contrôle (43,95). Par rapport au sous-score de cet échelle, ce sont les symptômes de l'évitement et de l'hyperactivité neurovégétative qui ont des scores plus élevés chez les enfants qui sont placés en foyer (cf.

Annexe 6). Le symptôme de la reviviscence est un peu plus élevé (13,59) dans le groupe des tout-venants que dans l'autre groupe (13,05).

2.2.2 Comparaison entre Filles et Garçons des deux groupes

Lorsque nous comparons la moyenne de la résilience chez les filles et les garçons, nous pouvons voir qu'elles sont très similaires ($F = 107,31$; $G = 108,89$). Au niveau des sous-scores obtenus à partir du questionnaire sur la résilience, les garçons ont deux scores élevés dans les ressources soins psychologiques (4,21) et contexte culturel (4,21), alors que les filles ont un score plus élevé en compétences sociales individuelles (4,08) (cf. Annexe 7).

Par rapport à la personnalité, le score le plus élevé chez les filles se trouve dans la dimension de l'Agréabilité (48,40), alors que chez les garçons c'est la dimension d'Ouverture/intellectualité (46,89) qui est la plus élevée parmi les cinq facteurs (cf. Annexe 7). Si l'on compare les garçons et les filles, nous remarquons que les scores sont quasi similaires avec cependant un léger écart pour l'Agréabilité ($F = 48,40$; $G = 45,35$).

Au niveau de l'échelle PCL-S, nous obtenons un total de 43,08 pour les filles et de 41,46 pour les garçons. Les filles comme les garçons ont un score plus élevé en évitement ($F = 16,08$; $G = 15,46$) que dans les deux autres symptômes (cf. Annexe 7).

2.2.3 Comparaison entre Filles et Garçons du groupe contrôle

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le nombre de filles et de garçons dans le groupe contrôle est équitable. Le test de Student nous montre (cf. Annexe 8) qu'il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons.

Par rapport à la résilience, les filles ont une moyenne de 106,76 et les garçons 111,90. Nous approfondirons un peu plus sur la comparaison entre les deux sexes au niveau des scores et des sous-scores en répondant à l'hypothèse 5 dans les statistiques inférentielles.

Au niveau de la personnalité, la moyenne la plus élevée chez les filles est la dimension Agréabilité (51) alors que pour les garçons c'est les facteurs Ouverture/Intellectualité (48,62) et Conscienciosité (48,43). La dimension la plus basse pour les filles et pour les garçons reste l'Instabilité Emotionnelle ($F = 35,76$; $G = 39,04$).

Quant aux résultats obtenus au questionnaire PCL-S, les filles ont une moyenne de 38,67 et les garçons une moyenne de 44,48. Ce sont des scores élevés, notamment chez les garçons, car rappelons-nous que le seuil pour diagnostiquer un stress post-traumatique est de 44.

2.2.4 Comparaison entre Filles et Garçons du groupe placé

Lorsque nous nous attardons sur la comparaison entre les deux sexes du groupe des enfants placés, nous remarquons quelques différences significatives.

Les résultats obtenus aux CYRM-28, nous montre un sous-score avec une différence significative au niveau du contexte spirituel. Et un autre sous score dont le p est proche de 0,05. Nous approfondirons plus sur le sujet lorsque nous répondrons à l'hypothèse 5 dans les statistiques inférentielles.

Nous remarquons que dans les résultats du questionnaire de la personnalité, il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes. La dimension la plus élevée chez les filles placées est l'Extraversion/Energie (45,5). Alors que les facteurs les plus élevés chez les garçons sont l'Extraversion/Energie (44,14) et la Conscienciosité (44,86). L'Instabilité Emotionnelle est la dimension la plus basse pour les deux sexes ($F = 41,36$; $G = 36,14$).

C'est dans les scores du traumatisme que nous observons le plus de différences significatives. En effet, le p est inférieur à 0,05 pour le total du PCL-S, les sous-scores reviviscence et hyperactivité neurovégétative. Pour le score du symptômes évitement, son p est très proche de 0,05 ($p = 0,059$). Les filles obtiennent une moyenne de 49,71 au niveau du total du traumatisme alors qu'il est de 32,43 chez les garçons. Rappelons encore que le score seuil pour diagnostiquer un stress post-traumatique est de 44, le score des filles placés est donc très élevé. Les filles possèdent plus des symptômes en lien avec l'évitement (18,36), puis se sont l'apparition de symptômes liés à l'hyperactivité neurovégétative (16,14) et en dernier ceux en lien avec la reviviscence (15,21). Il en est de même pour les garçons qui ont un score de 12,43 pour l'évitement, puis de 11,28 pour l'hyperactivité neurovégétative et de 8,71 pour la reviviscence.

III. Statistiques paramétriques

3.1 Test T de student

3.1.1. Comparaison groupe contrôle et groupe placé

Lorsque l'on compare les scores des deux groupes (contrôle vs. placé), nous observons trois scores au niveau de la personnalité avec une différence significative c'est-à-dire avec un $p < 0,05$. Cela concerne les dimensions de l'Agréabilité, de la Conscienciosité et de l'Ouverture/intellectualité (cf. Annexe 6). C'est le groupe contrôle qui obtient des scores plus élevés dans ces trois dimensions avec une moyenne de 48,92 pour l'Agréabilité, 49,64 pour la Conscienciosité et 48,74 pour l'Ouverture/intellectualité. Alors qu'elles sont de 43,24 (Agréabilité), 42,90 (Conscienciosité) et de 42,43 (Ouverture/intellectualité) chez les enfants placés.

3.1.2 Comparaison Filles et garçons

Lors de la comparaison des deux sexes, nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative au niveau des différents scores.

3.2 Analyse de régression linéaire

3.2.1 La résilience en lien avec les cinq facteurs de la personnalité

Nous allons donner les résultats et analyser chaque régression linéaire que nous pouvons observer entre la résilience et les cinq dimensions que nous retrouvons dans la personnalité.

Score total de Résilience : Nous remarquons grâce à une analyse de régression que seul l'Extraversion/Energie a un impact sur le score total de la résilience avec un $p < 0,05$ et $F = 6,45$ (cf. Annexe 10a). Nous pouvons dire que 54 % ($\beta = 0,5370$) de la dimension Extraversion/Energie explique le score total de la résilience (cf. Annexe 10b) lorsque nous prenons les coefficients des variables Extraversion/Energie, Groupe et Sexe. Nous allons passer aux sous-scores obtenus par le CYRM-28.

Compétences personnelles individuelles : Nous pouvons voir que trois facteurs de la personnalité, Extraversion/Energie ($F = 6,16$), Conscienciosité ($F = 6,55$) et Instabilité

Emotionnelle ($F = 5,01$) ont un impact sur les compétences personnelles individuelles car elles ont toutes les trois un score $p < 0,05$. 34% de l'Extraversion/Energie ($\beta = 0,3359$), 45% de la Conscienciosité ($\beta = 0,4529$) et -26% de l'Instabilité Emotionnelle ($\beta = -0,2565$) expliquent les compétences personnelles individuelles.

Soutien individuel par les pairs : L'analyse de régression du score sur le soutien individuel par les pairs nous montre aussi un score significatif avec la dimension Extraversion/Energie ($F = 9,94$ et $p < 0,05$). Nous remarquons qu'il y a un résultat presque significatif en fonction du groupe ($p = 0,09$). Le fait d'être dans le groupe des enfants placés aura plus d'impact sur le soutien individuel par les pairs que dans le groupe tout-venants.

Compétences sociales individuelles : Il n'y a aucun résultat significatif par rapport aux compétences sociales individuelles.

Total individuel (qui regroupe les compétences personnelles individuelles, le soutien individuel par les pairs et les compétences sociales individuelles) : Dans le total qui concerne les ressources individuelles, c'est l'Extraversion/Energie qui obtient un score significatif avec $p < 0,05$ et $F = 6,95$. Lorsque l'on prend les coefficients des variables Extraversion/Energie, Groupe et Sexe, l'Extraversion/Energie impact le total individuel à 49% ($\beta = 0,4871$).

Soins physiques : Nous n'observons pas de score significatif par rapport aux soins physiques, toutefois, il est possible de voir que le sexe peut avoir un impact sur le score obtenu en soins physiques. En effet, nous avons un $p = 0,055$ proche alors de 0,05. Quand nous faisons une nouvelle analyse de régression avec la dimension Ouverture/Intellectualité en moins (obtenant alors un $F = 4,09$) ou la variable groupe (obtenant alors un $F = 4,20$), nous avons un score de $p < 0,05$. Ce sont les garçons qui obtiendraient un score presque significatif (voir significatif quand une dimension comme l'Ouverture/Intellectualité n'est plus pris en compte) car ils ont un score entre 4,0 et 4,2, alors que les filles ont un score proche de 3,6.

Soins psychologiques : Il n'y a aucun résultat significatif par rapport aux soins psychologiques.

Total du caregiving (qui comprend les soins psychologiques et physiques) : Il n'y a pas de résultat significatif, cependant la dimension sexe à un score $p = 0,085$, il serait donc intéressant de s'y intéresser de plus près (avec un $F = 3,06$). Nous observons alors que les Filles ont un score moindre, proche de 3,8 alors qu'il situé entre 4,1 et 4,2 pour les Garçons.

Contexte spirituel : Il n'y a aucun résultat significatif par rapport au contexte spirituel.

Contexte de l'éducation : Dans le sous-score contexte de l'éducation en lien avec la résilience, nous pouvons voir que la dimension Ouverture/Intellectualité a un score significatif ($F = 4,06$ et $p < 0,05$). Cette dimension explique à 37 % le contexte de l'éducation ($\beta = 0,3742$). La dimension Agréabilité a obtenu un score presque significatif ($F = 3,32$ et $p = 0,07$) ainsi que la variable sexe ($F = 1,64$ et $p = 0,08$). Lorsque nous faisons une régression linéaire avec les variables Agréabilité, Ouverture/Intellectualité, Groupe et Sexe, nous obtenons un $p < 0,05$ pour l'Agréabilité mais un $p = 0,07$ pour la dimension Ouverture/Intellectualité et pour la variable Sexe un $p = 0,054$. Le graphique qui compare les filles et les garçons par rapport à cette régression linéaire, nous montre que les filles ont un résultat proche de 3,8 et comprise entre 4,0 et 4,1 pour les garçons. Être un Garçon aurait un impact sur le contexte de l'éducation.

Contexte culturel : L'Agréabilité ($F = 5,74$) et le sexe de l'enfant ($F = 5,76$) ont un impact significatif sur le contexte culturel avec un $p < 0,05$. L'Agréabilité explique à 54% ($\beta = 0,5394$) le contexte culturel alors que le sexe l'explique à -28% ($\beta = -0,2774$). Les filles ont un score compris entre 3,9 et 4,0 alors que les garçons ont obtenu un score entre 4,3 et 4,4 au niveau du contexte culturel.

Total contextuel (regroupe le contexte spirituel, de l'éducation et culturel) : Par rapport au total du contexte général, seule la variable de l'Agréabilité ($F=5,95$ et $p < 0,05$) obtient un score significatif. D'ailleurs, 55 % de l'Agréabilité ($\beta = 0,5539$) permet d'expliquer le total contextuel lorsque l'on prend les variables Agréabilité, Groupe et Sexe. Il tombe à 47% lorsque l'on prend toutes les autres dimensions de la personnalité.

3.2.2 L'impact du traumatisme en lien avec les cinq facteurs de la personnalité

La mise en place de régression linéaire nous montre que les cinq facteurs de la personnalité n'expliquent pas le traumatisme ou la présence d'un des symptômes (Reviviscence, Evitement et Hyperactivité neurovégétative). Nous n'avons rien observé de significatif entre les cinq facteurs de la personnalité et les scores du PCL-S.

3.2.3 La personnalité

La régression linéaire des cinq facteurs de la personnalité met en avant que seul le groupe expliquerait certains de ces facteurs. En effet, nous observons qu'en fonction du groupe d'appartenance cela expliquerait l'Extraversion/Energie ($F = 4,29$), l'Agréabilité ($F = 7,91$), la

Conscienciosité ($F = 11,55$) et l’Ouverture/Intellectualité ($F = 8,23$) avec un $p < 0,05$. Ce qui n’est pas le cas pour la dimension Instabilité Emotionnelle qui a un $p = 0,56$ et donc n’est pas significatif.

L’Extraversion/Energie : Au niveau du graphique de la covariance, nous remarquons que le groupe contrôle a un effet sur la dimension Extraversion/Energie, se situant à un score proche de 49, contrairement au groupe placé qui se situe à un score près de 44. L’appartenance dans l’un des deux groupes expliquerait à 23% ce facteur ($\beta = 0,234$).

L’Agréabilité : Le graphique de la covariance du groupe nous montre que le groupe contrôle a un effet sur la dimension Agréabilité, se situant à un résultat proche de 49, contrairement au groupe placé qui se situe à un score près de 43. L’appartenance dans l’un des deux groupes expliquerait à 30% ce facteur ($\beta = 0,299$).

La Conscienciosité : La moyenne des deux groupes nous expose encore un score proche de 50 pour le groupe tout-venants, alors qu’il est près de 43 pour le groupe des enfants placés. L’appartenance dans l’un des deux groupes expliquerait à 36% ce facteur ($\beta = 0,3622$).

L’Ouverture/Intellectualité : Le graphique qui permet de comparer les deux groupes, nous montre que le groupe contrôle obtient une moyenne proche de 49, alors qu’elle est proche de 43 pour le groupe des enfants vivant dans des foyers. L’appartenance dans l’un des deux groupes expliquerait à 34% ce facteur ($\beta = 0,3354$).

3.3 Corrélations

Comme nous avons trois questionnaires, nous avons voulu observer s’il existe des corrélations entre la résilience, la personnalité et le traumatisme.

Nous observons qu’il n’y a aucune corrélation entre les résultats obtenus aux cinq facteurs de la personnalité et le total du PCL-S ainsi que les trois symptômes du stress post-traumatique (Reviviscence, évitement et Hyperactivité neurovégétative) (cf. Annexe 11).

La corrélation entre le test du PCL-S et celui du CYRM-28 nous montre qu’il existe une éventuelle relation à 0,2924 qui est significative avec un $p < 0,05$ entre le sous-score contexte spirituel de la résilience et le sous-score évitement que l’on retrouve dans le traumatisme (cf. Annexe 12).

Lorsque nous faisons la corrélation entre le questionnaire de la résilience et les cinq facteurs de la personnalité, nous examinons plusieurs corrélations positives significatives avec un $p < 0,05$. Si l'on commence par le score total de la résilience, nous observons des liens significatifs entre ce score et l'Extraversion/Energie (0,5318), l'Agréabilité (0,5302), Conscienciosité (0,4415) et l'Ouverture/Intellectualité (0,4785). Le plus haut score de corrélation est obtenu entre la Conscienciosité et les compétences personnelles individuelles (0,5586) (cf. Annexe 13).

Il est possible de voir qu'il n'y a aucune corrélation significative entre l'Instabilité Emotionnelle et la résilience ou l'une de ces ressources. Il en ait de même pour la ressource concernant le contexte spirituel qui ne semble pas posséder de lien avec l'un des cinq facteurs de la personnalité. Il semble ne pas avoir de lien entre l'Extraversion/Energie et les compétences sociales individuelles. Il en est de même avec la Conscienciosité qui ne semble pas avoir de relation avec les ressources soutien individuel par les pairs, et les soins physiques (cf. Annexe 14).

Les corrélations que nous venons d'examiner, nous apprennent quelques relations plus ou moins forte au sein de notre recherche mais qui sont limitées. En effet, il est important de savoir qu'une corrélation entre deux variables ne signifie aucunement qu'il existe une relation de causalité.

IV. Statistiques inférentielles

4.1 Hypothèse 1 : La relation entre la personnalité et la résilience

Nous rappelons notre première hypothèse : La relation entre le test de personnalité et les ressources individuelles de la résilience est plus forte que la relation entre le test de personnalité et les ressources relationnelles et contextuelles.

Comme nous l'avons mentionné dans la partie corrélation (cf. Résultats et Analyse 3.3), le score total de la résilience est en corrélation avec quatre dimensions de la personnalité (Extraversion/Energie, Agréabilité, Conscienciosité, Ouverture/Intellectualité). Seul la dimension Instabilité Emotionnelle, qui rappelons-nous correspond à la dimension Névrosisme

chez l'adulte. Cela semble cohérent lorsque nous savons que l'Instabilité Emotionnelle se base sur des émotions plutôt désagréables et ne rentrerait donc pas dans le processus de résilience.

Lorsque nous prenons les sous-scores de la résilience, nous pouvons presque affirmer notre hypothèse. En effet, si nous regardons le total des sous-scores individuel, caregiving et contextuel, nous pouvons observer que les corrélations les plus élevées ont été mise en évidence entre le résultat total individuel et les différents facteurs de personnalité, sauf pour l'Ouverture/Intellectualité (cf. Annexe 14).

- L'Extraversion/Energie possède une corrélation de 0,49 avec le total individuel, de 0,36 avec le total du caregiving et de 0,40 avec le total contextuel.
- L'Agréabilité possède une corrélation de 0,49 avec le total individuel, de 0,34 avec le total du caregiving et de 0,47 avec le total contextuel.
- La Conscienciosité possède une corrélation de 0,41 avec le total individuel, de 0,27 avec le total du caregiving et de 0,32 avec le total contextuel.
- L'Ouverture/Intellectualité possède une corrélation de 0,39 avec le total individuel, de 0,35 avec le total du caregiving et de 0,41 avec le total contextuel.

Nous pouvons voir que la dimension Ouverture/Intellectualité a une plus forte corrélation avec le total contextuel. Cependant, la corrélation entre ce facteur et le total individuel reste élevé. La différence entre ces deux totaux ne s'élève qu'à 0,014.

Au vu, des résultats, nous pouvons conclure que la première hypothèse est partiellement confirmée.

4.2 Hypothèse 2 : La fratrie

La deuxième hypothèse concerne la fratrie : dans une même fratrie, comme chaque enfant à ses propres traits de personnalité, le processus de résilience aura une approche différente.

Pour répondre à cette hypothèse, nous allons mettre en place une méthode de cas unique car nous avons obtenu dans notre échantillon deux fratries. Une dans le groupe des enfants tout-venants et une autre dans les enfants placés.

4.2.1. La fratrie tout-venant

Les deux enfants de la même fratrie chez les tout-venants sont des sœurs jumelles qui ont 9 ans et 6 mois, que l'on nommera sujet 40 et 41. Les deux ont des scores élevés en Agréabilité (sujet 40 = 58 ; sujet 41 = 54). La différence entre ses deux sœurs se situent surtout à la dimension Instabilité Emotionnelle, le sujet 40 a eu un résultat de 27 alors qu'il est de 46 pour le sujet 41. Nous pouvons comparer les résultats obtenus par les deux sœurs avec la moyenne de cette dimension obtenue chez les filles qui est de 38,00. Le score du sujet 41 est donc très élevé par rapport à la moyenne et contrairement à sa sœur qui a un score plutôt faible.

Le sujet 40 possède un score de résilience de 115 ce qui équivaut à un niveau moyen, alors que sa sœur jumelle a eu un résultat de 129 ce qui correspond à un niveau fort de résilience. Les trois sous scores individuel, caregiving et contextuel sont un peu plus élevés chez le sujet 41 que chez le sujet 40. Le total individuel est le résultat le plus bas pour le sujet 40 (4,07) mais reste quand même assez élevé. Pour le sujet 41, c'est le total du caregiving qui est le plus élevé (4,90) parmi les trois sous-scores alors qu'il est de 4,30 pour le sujet 40.

En ce qui concerne les résultats du PCL-S, nous remarquons que l'une des sœurs a obtenu un score élevé supérieur à 44 alors qu'il est inférieur à 44 pour l'autre sœur. (sujet 40 = 61 ; sujet 41 = 23). Cela signifie que chez l'une des deux sœurs manifeste des symptômes de stress post-traumatique. Pour le sujet 40, le trouble qui impact le plus la jeune fille est la reviviscence avec une moyenne de réponse à 3,8. Avant de remplir le questionnaire du PCL-S, nous rappelons que l'enfant devait décrire en une phrase l'événement traumatisant qu'il a vécu. Il est intéressant de voir que les sœurs jumelles ont vécu et décrit le même événement. Le sujet 40 décrit l'événement ainsi « *Dans les ascenseurs, il y a eu le feu au 3^{ème} étage* » alors que le sujet 41 le décrit de cette manière « *C'est quand on a été à l'hôtel et il y a eu le feu* ». Le sujet 40 (celle qui possède des symptômes du stress post-traumatique) a ajouté que cela s'est passé pendant les vacances d'été il y a 2 ou 3 ans alors que sa sœur affirme que cela s'est produit il y a 3 ans en été.

Nous pouvons remarquer que dans cette fratrie, il y a bien lien entre le score obtenu pour la résilience et le score obtenu pour le traumatisme. En effet, le sujet 40 a un niveau moyen par rapport au processus de résilience et un score élevé au PCL-S, alors que le sujet 41 a un niveau élevé de résilience et un résultat plutôt faible au traumatisme.

4.2.2 La fratrie placée

La fratrie qui se trouve dans le groupe des enfants maltraités sont deux demi-sœurs, l'une a 9 ans et 0 mois (sujet 43), tandis que l'autre à 10 ans et 6 mois (sujet 48).

Au niveau de la personnalité, le sujet 43 a un score plus élevé en conscienciosité (52), alors que sa demi-sœur a un score plus élevé en Extraversion/Energie (58). Elles ont cependant des scores très similaires au niveau de l'Instabilité Emotionnelle (sujet 43 = 50 ; sujet 48 = 48).

Par rapport à la résilience, il y a une grande différence dans cette fratrie. Nous pouvons voir qu'effectivement l'une des sœurs (sujet 43) possède un score très faible de 89, alors que l'autre sœur obtient un niveau fort de 119. Le sujet 48 a des scores élevés au total individuel et contextuel (4,60). Pour le sujet 43, le score total du caregiving est le moins élevé (2,50).

Pour les résultats en lien avec le traumatisme, les deux sœurs ont obtenu des scores supérieurs à 44 et donc possèdent toutes les deux des symptômes de stress post-traumatique. Le sujet 43 a un score de 53, alors qu'il est de 65 pour la sœur la plus jeune. La sœur la plus âgée manifesterait plus des symptômes d'hyperactivité neurovégétative (3,4) et de la reviviscence (3,2) alors que la plus jeune montrerait surtout de l'hyperactivité neurovégétative aussi (4,2) et de l'évitement (3,8). L'explication de l'événement traumatisant est différente chez les deux filles. Le sujet 48 nous écrit qu'elle ne se sent pas bien depuis qu'elle ne voit plus son papa. Le sujet 43 nous parle d'un personnage fictif issue d'un canular, devenu une légende urbaine et dont elle écrit en avoir peur. Toutefois, il est possible que l'événement traumatisant décrit, ne soit pas celle à laquelle l'enfant à penser. Mais l'événement choisi a très peu d'impact sur le score total car le questionnaire se focalise principalement sur l'existence de symptômes du stress post-traumatique lors du mois précédent la passation.

Cette fois-ci nous remarquons, que le sujet 48 qui possède un score élevé au total de la résilience, néanmoins elle obtient un résultat élevé au niveau des symptômes du stress post-traumatique. Alors que le sujet 43 qui a un niveau de résilience très faible et possède un score de 53 par rapport à l'événement traumatisque.

Au vu des résultats, nous avons vérifié l'hypothèse 2 car au sein des fratries nous ne retrouvons pas le même niveau de résilience. Cependant, étant donné la petite taille de notre échantillon, nous ne pouvons pas valider entièrement cette hypothèse.

4.3 Hypothèse 3 : La résilience

La troisième hypothèse que nous avons émise : un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, obtient un score plus bas au niveau du total du caregiving qu'un enfant tout-venant.

Le T de student nous montre qu'il n'y a pas de différence significative au niveau du total du caregiving. Cependant, le $p = 0,08$ et donc proche de 0,05 et si nous regardons la moyenne du groupe contrôle et du groupe placé, nous pouvons observer que le groupe contrôle a un score un peu plus élevé (4,10) que celui du groupe placé (3,72). Au sein des sous-scores, c'est le sous-groupe soins psychologiques qui possède un $p = 0,059$, très proche de 0,05, avec le groupe contrôle qui a obtenu une moyenne de 4,24 et de 3,84 pour le groupe placé. Alors que pour les soins physiques, les enfants tout-venants ont un score moyen de 3,96 et de 3,60 pour les enfants placés avec un p plus élevé ($p = 0,20$) (cf. Annexe 6).

Cela signifie que les soins physiques sont quasi équivalents chez les enfants tout-venants et les enfants placés, mais que les caregiver prennent plus en charge les soins psychologiques chez les enfants tout-venants que les enfants placés.

L'hypothèse 3 n'est pas validée au sein de cette recherche.

4.4 Hypothèse 4 : Le traumatisme

La quatrième hypothèse que nous devons vérifier est : un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, a plus de possibilité de présenter des symptômes que nous retrouvons lors d'un stress post-traumatique qu'un enfant tout-venant.

Nous allons de nouveau faire référence au tableau de l'annexe 6 car c'est à partir du T de Student et de l'ANOVA que nous pourrons faire une comparaison entre les deux groupes, et ainsi vérifier notre hypothèse. L'ANOVA va aussi permettre d'obtenir la valeur statistique F. Nous pouvons voir qu'il n'y a pas de différence significative pour le score total du PCL-S ($p = 0,55$; nous obtenons le même p avec le test de Student et l'ANOVA ; $F = 0,36$), il en est de même pour les trois sous-scores reviviscence ($p = 0,72$; $F = 0,13$), évitement ($p = 0,61$; $F = 0,27$) et hyperactivité neurovégétative ($p = 0,17$; $F = 1,93$). Les scores sont en effet très élevés dans les deux groupes, avec une moyenne de 41,57 pour le groupe contrôle et de 43,95 pour le

groupe placé. Même si les deux totaux sont inférieurs à 44, celui du groupe placé en est très près. Or le score de seuil (cut-off) est de 44 pour diagnostiquer un éventuel trouble du stress post-traumatique. Le résultat maximum obtenu dans le groupe contrôle est de 80, alors qu'il est de 67 dans le groupe placé, sachant que le maximum (en répondant « très souvent » à toutes les questions) est de 85. Le score minimum obtenu est de 17 points pour le groupe des tout-venants, et de 19 points pour le groupe des enfants placés (le minimum que l'on peut obtenir en répondant « pas du tout » à toutes les questions, est de 17).

Comme il n'y a pas de différence significative, l'hypothèse 4 n'est pas confirmée dans cette étude.

4.5 Hypothèse 5 : Les filles vs. Les garçons

Et la dernière hypothèse concerne la différence entre le groupe des filles et celui des garçons : les filles obtiendront des scores plus élevés au questionnaire de la résilience que les garçons.

Comme nous l'avons souligné précédemment, toujours en nous basant sur le test T de Student, nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons. C'est le sous-score soins physiques faisant partie de la résilience que la valeur p est la plus basse ($p = 0,16$), mais pas assez bas pour relever une différence significative. En regardant les moyennes, nous observons qu'il y a autant de sous-scores un peu plus élevé chez les filles que chez les garçons (cf. Annexe 7).

Lorsque nous faisons une comparaison dans le groupe contrôle, nous voyons qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux sexes. Néanmoins, nous pouvons voir qu'il existe deux scores dont le p est proche de 0,05. Le total du caregiving qui obtient un $p = 0,08$ ($F = 1,98$) et son sous-score Soins psychologique avec $p = 0,06$ ($F = 4,67$). Si la différence était significative, cela signifierait que les garçons de notre échantillon recevraient plus de soins psychologiques de la part de leur famille que les filles. Et que les garçons se sentent plus soutenu par leurs parents contrairement aux filles.

Dans le groupe des enfants placés, nous observons l'existence d'un sous-score ayant une différence significative, qui est le contexte spirituel ($p < 0,05$), plus élevé chez les filles (3,36) que chez les garçons (2,38). Montrant alors que la religion a une plus grande importance chez les filles qui sont placés que chez les garçons. Malgré qu'il n'y ait, parmi tous les scores de la résilience, qu'un seul avec une différence significative, nous pouvons voir que le sous-

score compétences sociales individuelles à un p proche de 0,05 ($p = 0,08$). Le score étant plus élevé chez les filles que chez les garçons, cela signifierait qu'elles s'appuient plus sur ces compétences que les garçons. De plus, au sein de ce groupe, nous pouvons voir que les filles possèdent des scores et des sous-scores plus élevés que chez les garçons

Au vu des résultats obtenus, l'hypothèse 5 n'est pas validée au sein de l'échantillon global et du groupe contrôle, cependant nous pouvons la valider au sein du groupe des enfants qui sont placés dans des foyers.

DISCUSSION

I. Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques

Pour décrire de manière synthétique, nous allons reprendre les hypothèses théoriques et répondre si elles ont été vérifiées ou non au cours de cette étude.

Hypothèse 1 : La relation entre le test de personnalité et les ressources individuelles de la résilience est plus forte que la relation entre le test de personnalité et les ressources relationnelles et contextuelles.

L'hypothèse, qui concerne la relation entre personnalité et résilience, reste mitigée car le total individuel a de forte relation avec quatre des cinq facteurs de la personnalité (il a même un score plus élevé négativement en Instabilité Emotionnelle que les autres même s'il n'y a pas de corrélation entre les deux). Toutefois, le total contextuel possède une corrélation légèrement plus forte avec l'Ouverture/Intellectualité que le total individuel (de 0,014 de plus). Si nous avions un nombre plus important d'enfants dans notre échantillon, alors il est possible que le total individuel puisse obtenir un lien plus fort avec cette dimension. Mais il est aussi possible que le total contextuel reste en tête par rapport à une relation plus forte avec le facteur Ouverture/Intellectualité que le total individuel. Si nous faisons la comparaison avec l'étude menée par Hjemdal et *al.* (2010), tout en prenant en compte que les deux tests ne sont pas les mêmes mais mesure la même chose, nous voyons que l'Agréabilité a une corrélation plus élevée dans notre recherche que dans celle de Hjemdal et *al.* Dans la même étude, la dimension Extraversion est fortement corrélée aux compétences sociales, contrairement à notre recherche où elle n'est pas du tout corrélée. Néanmoins, en prenant le total individuel, nous pouvons voir que la corrélation avec l'Extraversion/Energie est élevée. Quant à l'Instabilité Emotionnelle, nous n'avons pas obtenu de scores corrélés contrairement à l'étude de Hjemdal et *al.*, cependant les scores restent négatifs comme l'étude. Malgré tout, en prenant les corrélations entre le score total de la résilience et les cinq facteurs, notre étude nous montre que les enfants avec des caractéristiques comme l'Agréabilité et l'Extraversion/Energie ont un lien avec un niveau élevé de résilience. Toutefois, il ne faut pas mettre de côté les dimensions de la Conscienciosité et de l'Ouverture/Intellectualité qui pourraient avoir un impact sur la résilience de l'enfant. De plus, à partir des corrélations, nous ne pouvons pas généraliser que telle dimension a ou non un impact de causalité sur la résilience.

Hypothèse 2 : Dans une même fratrie, comme chaque enfant à ses propres traits de personnalité, le processus de résilience aura une approche différente.

Les résultats nous montrent bien que le niveau de résilience est différent au sein d'une même fratrie quel que soit le groupe (tout-venant ou placé). En effet, dans le groupe contrôle, l'une des sœurs a un niveau moyen et sa sœur a un niveau haut pour entrer dans le processus de résilience. Dans le groupe des enfants placés, la différence est encore plus grande, l'une possède un niveau très faible alors que l'autre a un niveau haut. Cependant, les résultats du PCL-S nous montre que l'enfant placé ayant un score fort en résilience possède des symptômes de stress post-traumatique avec un score de 65. Comme la définition du phénomène de résilience n'est pas univoque, étant donné que chez certains auteurs il ne peut pas avoir de symptomatologie lorsque la personne est résiliente, mais pour d'autres cela est quand même possible. On peut se demander à quel niveau de symptomatologie peut atteindre un enfant, tout en restant dans le processus de résilience. Pourtant, nous pouvons observer qu'il n'y a aucune corrélation entre le total du PCL-S et le total de la résilience (cf. Annexe 10). Pour ces deux fratries, l'hypothèse est validée, cependant l'échantillon est trop petit pour être généralisé, et mériterait qu'une recherche s'y attarde plus longuement.

Hypothèse 3 : Un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, obtient un score plus bas au niveau du total du caregiving qu'un enfant tout-venant.

La comparaison entre les deux groupes nous a permis de voir qu'il n'y a pas de différence significative au sein de notre échantillon. Cependant, la probabilité d'obtenir la même valeur pour les deux groupes est très proche de 0,05 pour le total du caregiving. Notamment le sous-score des soins apportés psychologiquement. Un plus grand échantillon permettrait d'observer s'il existe réellement une différence significative ou non entre les deux groupes. Si la différence était significative au niveau des soins psychologiques, cela signifierait que les enfants placés ne se sentent pas soutenu par leur famille ou par leurs fournisseurs de soin, contrairement aux enfants tout-venants. Pour confirmer cette hypothèse, il serait intéressant de reproduire cette méthodologie (notamment faire passer le questionnaire CYRM-28 entre des enfants tout-venants et placés) à un plus grand nombre d'enfants. Nous pouvons conclure que l'hypothèse 3 n'est pas validée au sein de notre population.

Hypothèse 4 : Un enfant placé ayant vécu de la maltraitance, quel qu'en soit le type, a plus de possibilité de présenter des symptômes que l'on retrouve lors d'un stress post-traumatique qu'un enfant tout-venant.

Lorsqu'on le fait la comparaison du total obtenu au PCL-S, nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe placé. N'importe quel enfant n'est donc pas à l'abri d'un éventuel événement traumatisant, qu'il soit ou non placé dans un foyer. Lorsque nous observons de plus près les réponses, nous remarquons que beaucoup d'enfants tout-venants qui ont des scores supérieurs à 44, ont écrit qu'ils subissent une forme d'harcèlement à l'école ou au sport au quotidien. Quant aux enfants vivants dans des foyers, ils sont plusieurs à parler de l'emménagement au sein d'un foyer quel que soit le score obtenu au PCL-S. Cette hypothèse n'est donc pas confirmée avec notre échantillon.

Hypothèse 5 : Les filles obtiendront des scores plus élevés au questionnaire de la résilience que les garçons.

Comme nous avons pu le voir dans les résultats, lorsque nous faisons une comparaison entre les filles et les garçons de la population globale, nous n'obtenons pas de différence significative et les sous-scores sont tout aussi élevés chez les filles que chez les garçons. Il en est de même pour le groupe des enfants tout-venants. En revanche, dans le groupe des enfants placés, nous remarquons une différence significative au sous-score contexte spirituel, indiquant que les filles, qui sont placées en institution, auraient plus de croyances liées à la religion, au spirituel que les garçons placés aussi en institution. De plus, même si la différence n'est pas significative, tous les sous-scores obtenus par les filles sont supérieurs que ceux obtenus par les garçons. Nous pouvons dire que cette dernière hypothèse n'est pas vérifiée auprès de notre échantillon global. Néanmoins, elle reste vérifiée lorsque cela ne concerne que le groupe des enfants placés.

II. Critiques et limites de la recherche

Lorsque nous menons une recherche, il est important de savoir où se situent les limites et de pouvoir élaborer des critiques constructives vis-à-vis de cette étude.

Tout d'abord, la composition de notre échantillon, notamment chez les enfants qui sont placés dans des foyers. En effet, le groupe des enfants placés est composé de 14 filles et 7 garçons. L'effectif est donc minime chez les garçons et donc les résultats obtenus ne les représente peut-être pas totalement.

Néanmoins, nous avons su obtenir un équilibre au sein du groupe contrôle avec 21 filles et 21 garçons qui ont répondu aux trois questionnaires. La répartition est donc équitable au sein de ce groupe. Nous avons pu observer qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes. Cependant, les scores du total du caregiving et celui des soins psychologiques ont une probabilité proche de 0,05. Si les scores étaient significatifs, cela signifierait que les garçons de notre population recevraient plus de soins psychologiques de la part de leur famille et se sentent plus soutenu que les filles.

Comme les trois questionnaires sont des questionnaires auto-rapportés, il est possible qu'il existe un biais de désirabilité sociale venant de l'enfant, surtout que nous avons fait passer les questionnaires à des enfants placés. En effet, une grande partie des questionnaires va dépendre de l'image que l'enfant se représente de lui-même. Or « *cette image va être plus ou moins liée à la désirabilité sociale, que l'on peut définir comme une défense efficace protégeant l'individu d'une prise de conscience gênante de ce qu'il est réellement* » (Bouvard, 2008, p.4). Ce biais a pu être partiellement contrôlé lorsque l'enfant avait l'opportunité de passer les tests qu'en présence de la chercheuse requis pour les éventuelles questions au niveau du vocabulaire des questionnaires. De plus, l'étudiante affirmait auprès des enfants que leurs réponses resteraient confidentielles et ne seraient pas partagé auprès de leur enseignant ou des membres de l'équipe du foyer. Cependant, pour le groupe des tout-venants, il est possible que la promiscuité de la classe ait pu induire une gêne par rapport à leurs réponses. Un des enfants m'a dit ne pas vouloir écrire l'événement car il ne voulait pas que son voisin le regarde, nous lui avons dit que ce n'était pas grave et qu'il pouvait ne pas l'écrire. Quelques minutes plus tard, l'enfant nous dit qu'il va finalement écrire son événement en demandant à son voisin de ne pas regarder, et que ce dernier a respecté. Néanmoins, les enfants avaient la possibilité de cacher leurs réponses et tous les enfants étaient concentrés sur leurs tâches (ceux dont les parents ou les enfants ne souhaitaient pas y participer les enseignants leurs avaient donné des tâches à faire pour ne pas perturber ceux qui répondaient aux questionnaires).

Une des limites à cette étude est liée à la recherche de notre population, notamment celle des enfants placés. N'oublions pas qu'une partie de notre échantillon contient une population qui a été fragilisée par leur vécu. En effet, même si notre étude a été validée par le

comité éthique, certains professionnels que nous avons contactés ont préféré refuser pour diverses raisons (ce n'était pas le bon moment ou ils avaient déjà une étudiante qui faisait sur la même tranche d'âge, parfois nous avons eu des refus sans explication etc...). Certains professionnels, notamment les psychologues, ont fait la demande de voir les différents questionnaires et d'avoir une explication sur l'étude et sur la passation. Cela permettait aux professionnels de pouvoir réfléchir aux différents enfants qui correspondaient aux critères demandés et que les questionnaires, notamment celui du PCL-S par rapport au traumatisme, n'aient pas d'impact psychologiques par la suite.

De plus, nous pouvons nous demander si certains questionnaires sont adaptés pour les enfants entre 8 et 12 ans. En effet, lors de la passation, quel que soit l'âge et le groupe, les mêmes questions étaient posées. Notamment dans le questionnaire du CYRM-28, qui pourtant est un outil qui a été validé pour les enfants entre 8 et 23 ans. Des mots comme « origine ethnique », « collabore », « traditions », « spirituelles » etc... n'étaient pas compris par une grande partie des enfants. De même pour l'échelle du PCL-S dont certains enfants avaient des difficultés à comprendre les termes comme « perturbé(e) », « anesthésié(e) » et « perte d'intérêt ».

III. Perspectives futures et pistes de recherches

Comme nous l'avons mentionné précédemment dans les critiques et limites de la recherche, le nombre de garçon est faible, et il serait intéressant de faire une prochaine étude avec un nombre de participants avec une répartition plus équitable entre les deux sexes. De plus, même si notre échantillon est de 63 enfants, il serait intéressant d'élargir encore plus le nombre de participants dans une prochaine recherche afin de pouvoir affiner les résultats et observer si ceux qui étaient à la limite d'être significatifs le deviennent ou non.

Il aurait été aussi intéressant, voir judicieux, de rajouter des entretiens semi-directifs avec les enfants et les figures de soins. Ces entretiens auraient permis de creuser au niveau du comportement de l'enfant afin de vérifier l'existence ou non de symptômes stress post-traumatique par rapport à un ou plusieurs événements. A cela, les fournisseurs de soins (parents, grands-parents, éducateurs...) auraient pu remplir le questionnaire du BFQ-C en version adulte (dont la différence avec celui de l'enfant est le pronom personnel devenant il/elle au lieu de je). Ainsi, nous aurions pu avoir la possibilité de comparer les réponses et observer l'existence ou non du biais de désirabilité sociale.

Une autre perspective de recherche serait de trouver une autre échelle validée, mesurant l'impact du traumatisme tout en étant adapté aux enfants (c'est-à-dire avec des termes plus appropriés). Bouvard (2008) nous cite une échelle qui mesure l'état de stress post-traumatique chez l'enfant à partir de 8 ans. Cette échelle nommée « *Impact of Event Scale* » de Yule (1998) et Dyegrow (1995), a été traduit par Lovell mais son travail n'a ni été validé ni été publié. Ce questionnaire auto-rapporté contient 13 items correspondant aux différents critères de diagnostic du stress post-traumatique du DSM-IV (intrusion, évitement et hyperactivité neurovégétative). Les symptômes doivent apparaître dans la semaine précédant la passation, contrairement au PCL-S où c'est dans le mois entier. Or, nous pouvons nous demander s'il ne réside pas une difficulté, pour les enfants, à se souvenir de la présence ou non des symptômes du TSPT dans le dernier mois. Le PCL-S nous a semblé intéressant car il regroupait les différents symptômes du stress post-traumatique, et il possède que 17 items, contrairement au CPTS-RI qui en contient 20. Le nombre d'items nous paraissait important car nous savions que le test de personnalité contient 65 items et que celui de la résilience en contient 28. Or, nous faisions passer nos échelles à des enfants, il fallait donc que les trois questionnaires ne durent pas trop longtemps.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude a été menée afin de répondre à notre problématique qui était en quoi le type de personnalité et le vécu antérieur de l'enfant va avoir un impact sur le phénomène de résilience ? Pour cela, nous devions observer l'existence d'un éventuel lien entre la résilience et un trait de personnalité chez l'enfant tout-venant et chez l'enfant placé. L'objectif de cette étude était de faire passer les trois questionnaires afin de pouvoir utiliser et analyser les résultats obtenus. L'échelle du PCL-S du traumatisme, nous montre l'existence d'un trauma chez l'enfant ainsi que des symptômes en lien avec le trouble du stress post-traumatique. Avec le questionnaire du CYRM-28, nous mesurons la résilience et qui nous donne plusieurs niveaux, allant de très faible à fort ainsi que des scores, accompagnés de leurs sous-scores, au niveau individuel, du caregiving et contextuel de l'enfant. Quant à la personnalité, il existe cinq dimensions que l'on retrouve chez les enfants (Extraversion/Energie, Agréabilité Conscienciosité, Instabilité Emotionnelle et Ouverture/Intellectualité).

Dans la littérature, nous avons trouvé plusieurs auteurs qui se sont fortement intéressés à la résilience, aux différents facteurs et au traumatisme lié à l'enfance. Il y a aussi quelques auteurs qui ont fait de la recherche sur la personnalité des enfants en partant sur les cinq dimensions et que nous avons mis en parallèle avec la personnalité des adultes. Néanmoins, nous avons pu constater qu'il y a très peu de recherche sur le lien entre la personnalité de l'enfant à partir des cinq facteurs et la résilience, il nous a semblé pertinent de pouvoir répondre à cette problématique.

Dès lors, l'objectif était d'observer les corrélations entre les trois questionnaires ainsi qu'une comparaison entre les enfants. A travers les corrélations, nous avons pu remarquer un lien entre les facteurs de personnalité et la résilience. L'Extraversion/Energie et l'Agréabilité sont les plus corrélés positivement au score total de résilience. Cela signifie qu'un enfant avec un score haut en résilience aurait plutôt des traits qui reflètent surtout l'enthousiasme, débordant d'énergie et ayant tendance à être chaleureux, avec des caractéristiques comme l'empathie et la bienveillance. Nous suggérons aux recherches futures de faire une recherche avec une plus grande population, et si c'est possible, de pouvoir rajouter des entretiens semi-directifs et des questionnaires aux personnes s'occupant de l'enfant (membres de la famille ou fournisseurs de soins d'une institution) et/ou les enfants.

De plus, même si nous n'avons pas observer de différence significative entre les deux groupes au niveau de la résilience et du traumatisme, il y a une différence au niveau de la

personnalité. En effet, les enfants tout-venants se décrivent comme étant plus Conscienctieux, Agréable et Ouvert à l'intellectualité par rapport aux enfants placés. Cela signifie que les enfants du groupe contrôle se décrivent comme étant plus méticuleux, obéissant aux règlements, étant plus chaleureux et empathique vis-à-vis de leurs pairs et des adultes, et s'intéressant à la culture de manière générale avec de la créativité et des idées, que les enfants qui sont placés.

Nos résultats obtenus à l'échelle du PCL-S peuvent sembler alarmistes pour notre échantillon, cependant, il est possible que cette échelle ne soit pas adaptée aux enfants. Il est donc conseillé aux futures études en lien avec cette problématique, de choisir minutieusement l'évaluation du traumatisme. Néanmoins, il est important de ne négliger les réponses obtenues, notamment chez les filles qui sont placés car elles semblent être le plus touchées par les événements que les garçons. Nous pouvons aussi nous demander si l'image que la société, la culture nous donne (que l'homme doit rester fort et ne pas pleurer contrairement à la femme qui peut montrer ses émotions) n'aurait pas déjà un impact sur les enfants et leurs réponses. En effet, il nous semble que ce biais serait en lien avec celui de la désirabilité sociale, qui montrent que les enfants restent dans la norme. Il faudra alors prendre en compte et trouver un moyen de contourner ce biais, si toutefois il existe réellement.

Bibliographie

- Aisenstein, M. (2008). Travail psychanalytique et maladie grave. *Le Carnet PSY* 4, 126, 29-34. Repéré à : www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2008-4-page-29.htm
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, 77, 101-118. Repéré à : www.cairn.info/revue-connexions-2002-1-page-101.htm
- Anaut, M. (2003). *La Résilience. Surmonter les traumatismes*. Paris : Nathan Université.
- Anaut M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 4-11.
Repéré à : www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-4.htm
- Anaut M. (2015). *Psychologie de la résilience (3^e édition)*. Paris : Armand Colin.
- Anthony, E.J., Chiland, C., & Koupernick, C. (1982). *L'enfant vulnérable*. Paris : PUF.
- Attal, J. (2011). *Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale PCL*. Repéré à : <https://ifpec.org/wp-content/uploads/2018/09/IFPEC-PCL-.pdf>
- Beardslee, W. R. (1990) The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (2), 266-278.
- Bergeret J. (1981). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod.
- Bessoles, P. (2001). Processus originaires et facteurs de résilience. *Revue Synapse*, 172, 21-25.
- Blanchard, A. & Decherf, G. (2009). Le devenir de la toute-puissance dans les liens précoce. *Le Divan familial*, 22(1), 149-163. doi:10.3917/difa.022.0650.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de Psychanalyse*, 66, 745-757.
Repéré à : www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2002-3-page-745.htm
- Born, M., Chevalier, V., & Humbert, I. (1997). Resilience, desistance and delinquent career of adolescent offenders. *Journal of Adolescence*, 20, 679-694.
- Born, M., & Bœt, S. (2000). Résilience hors la loi. *Communication au colloque de la fondation de France* : « La résilience : le réalisme de l'espérance », 29-30 Mai, Centre de Conférences Internationales, Paris.
- Bougerol (Pr.), T. (2010). *Développement psychologique : personnalité et tempérament*. Grenoble : Université Joseph Fourier.

Bouvard, M. (2008). *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent* (Volume 2). France : Masson.

Bouvard, M., Denis, A., & Roulin J-L. (2015). Validité convergente entre deux outils d'évaluation de la personnalité et agrément entre l'enfant et un observateur. *Psychologie Française*, 60, 403-412.

Canuel, M., Gosselin, P., Duhoux, A., Brunet, A., & Lesage A. (2019). *Boîte à outils pour la surveillance post-sinistre des impacts sur la santé mentale*. Institut national de santé publique du Québec.

Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2523_boite_outils_surveillance_post_sinistre.pdf

Calicis, F. (2006). La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite. *Thérapie Familiale*, 27(3), 229-242. doi:10.3917/tf.063.0229.

Callahan, S., Chabrol, H. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod. doi:10.3917/dunod.chabr.2013.01.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42. doi:10.3917/rsi.082.0031.

Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques : prise en charge des victimes*. Paris : Masson.

Cyrulnik, B., Guedeney, A., Lemay, M., Haynal, A., Tousignant, M., & Manciaux, M. (1998). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revinay-sur-Ornain : Hommes et Perspectives.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2003). *Le Murmure des fantômes*. Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2007). *Ecole et résilience*. Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B., & Jorland G. (2012). *Résilience : connaissance de bases*. Paris : Odile Jacob.

Davis, N.J. (1999). *Resilience: status of the research and research-based programs*. Washington, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Debray, R. (2001). *Epître à ceux qui somatisent*. Paris : PUF.

Evrard, R (2018). *La résilience d'adultes victimes de maltraitance infantile est-elle fonction du style de personnalité au Rorschach ?* (Mémoire de master en Sciences Psychologiques). Université de Liège.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology*, 35, 231-257.

Fortin L., & Bigras M. (2000). La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 1, 49-63.

Freud, S. (1913). *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1965.

Gimenez, C., & Blatier, C. (2004). Etude de l'émergence de l'agressivité physique au cours de la prime enfance : Une analyse des comportements agressifs des enfants âgés de 17 mois. *Devenir*, vol. 16, (4), 309-335.

Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2004-4-page-309.htm>

Haesevoets, Y-H. (2016). *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence : Un autre regard sur la souffrance psychique* (2^{ème} éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Université. doi:10.3917/dbu.haese.2008.01.

Hansenne, M. (2013). *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck.

Hanus, M. (2001). *La résilience : à quel prix ?*. Paris : Maloine.

Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York : Basic Books.

Hjemdal, O., Friberg, O., & Stiles, T. C. (2010). Résilience et personnalité. *Bulletin de psychologie*, numéro 510, (6), 457-461. Doi:10.3917/bopsy.510.0457

Ionescu, S. Jacquet, M.M., & Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense : Théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.

Josse, É. (2011). *Le traumatisme psychique : Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.josse.2011.01.

Korff-Sausse, S. (2002). Les processus psychiques de la résilience. *Pratiques Psychologiques*, 1, 53-63.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Lebigot, F. (2006). *Le Traumatisme psychique*. Paris : Fabert.

Lecomte, J. (2004). *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob.

Lecomte, J. (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 22-25. doi:10.3917/rsi.082.0022.

Le Heuzey, M. (2008). L'enfant maltraité : le regard du pédopsychiatre. *Laennec*, tome 56, (1), 26-33. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2008-1-page-26.htm>

Le Heuzey M.-F, Mouren M.-C. (2008). Syndrome de Münchhausen par procuration. *Archives de Pédiatre*, 15 (1), 85-88.

Liebenberg, L., & Ungar, M. (2009). *The Child and Youth Resilience Measure-28: User Manual*. Halifax, NS: Resilience Research Center, Dalhousie University.

Liebenberg, L., Ungar, M., & Van de Vijver, F. (2012). Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) among Canadian youth. *Research on Social Work Practice*, 22(2), 219-226.

Lighezzolo, J., & Tyche (De), C. (2004). *La résilience. Se (re)construire après le traumatisme*. Paris : In press.

Lighezzolo, J. (2013). Notes de cours. *UE DA Clinique : psychologie clinique et pathologie. Résilience et maltraitance*. Université de Lorraine.

Luthar, S.S. (1993). Annotation : Methodological and Conceptual Issues in Research on Childhood Resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34(34), 441-453.

Manciaux, M., & al. (2001). *La résilience : résister et se construire*. Genève : Cahiers médicaux sociaux.

Manciaux, M. (2001b). La maltraitance : facteurs de risque, modalités de prévention, in (De) Tyche, C. (dir.), *Peut-on prévenir la psychopathologie ?*, Paris, L'Harmattan, 77-89.

Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.

Masten, A. S. (1989). "Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology". In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1, 261–294). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Masten, A. S., Best, K. M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 2 (4), 425–444.

Mazoyer, A. & Roques, M. (2013). Quelle résilience lors d'une désorganisation somatique : Pour une approche rétrospective des maltraitances infantiles. *Perspectives Psy*, vol. 52(2), 177-184. doi:10.1051/ppsy/2013522177.

Michaud, P.A. (1999). La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention. *Archives de Pédiatrie*, 6, 1999, 827-831.

Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe : comprendre, évaluer, intervenir*. Canada : Presses de l'université du Québec.

Milojev, P., Osborne, D., & Sibley, C. G. (2014). Personality Resilience Following a Natural Disaster. *Social Psychological and Personality Science*, 5(7), 760–768. doi:10.1177/1948550614528545.

Olivier, M., & Herve, M. (2015). The Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C): A French validation on 8- to 14-year-old children. *Personality and Individual Differences*, 87, 55–58.

Organisation Mondiale de la Santé, (1999). *Rapport de Consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant*. Genève, 29-31 mars 1999.

Organisation Mondiale de la Santé, (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.

Pamfil M., de Tychey C., Lighezzolo J., Theis A., Claudon P., Diwo R. & Popa M. (2007). Jumelle roumaines placées et résilience : approche clinique comparative, *Revue Québécoise de psychologie*, 28 (2), 183 – 212.

Perrusson, O. (2008). Accompagnement psychologique des enfants maltraités. *Laennec*, tome 56(1), 34-44. doi:10.3917/lae.081.0034.

Resilience Research Center (2013). *Boîte à outils d'évaluation : Le Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28)* (Traduit par RRC). Halifax, Dalhousie University. Repéré à : http://www.resilienceresearch.org/files/EvaluationTools/fr/3.1-RRC-Evaluation-Tool-Basket_CYRM-FR.pdf

Rolland J-P. (2004). *L'évaluation de la personnalité : Le modèle en cinq facteurs*. Bruxelles : Mardaga.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of orthopsychiatry*, 57, 316-331.

Sadlier, K. (2015). Défis et ressources parentales chez la victime et l'auteur de la violence dans le couple. Dans : Karen Sadlier éd., *Violences conjugales : un défi pour la parentalité*, 35-54. Paris : Dunod. doi:10.3917/dunod.sadli.2015.02.0035.

Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.

Solomon, E.P. & Heide, K.M. (1999). Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma, *International Journal of Offender Therapy Comparative Criminology*, 43, 202-210.

Repéré à : <http://kheide.myweb.usf.edu/file/journal/TraumaSurvivors.pdf>

Terr, L. (1991). Childhood traumas : an outline and overview. *Am. J. Psychiatry*, 148, 10-20. Repéré à : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.6917&rep=rep1&type=pdf>

Theis A. (2006). *Approche psychodynamique de la résilience*. Thèse de doctorat, Université Nancy 2, France.

Tychey (De), C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, 2001/1 (16), 49-68.

Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-1-page-49.htm>

Vander Borght, M. (2017). *Les enfants placés et les troubles de l'attachement. La transition entre l'école maternelle et l'école primaire*. (Mémoire de maîtrise). Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain.

Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*. Paris : Bayard.

Vanistendael, S. (2005). Humour et résilience : le sourire qui fait vivre. Dans : Fondation pour l'enfance éd., *La résilience : le réalisme de l'espérance*, 159-195.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman D.S., Huska, J.A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD checklist (PCL): reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1979). An Epidemiologic Perspective on Some Antecedents and Consequences of Childhood Mental Health Problems and Learning Disabilities: A Report from the Kauai Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18 (2), 292-306.

Werner, E. E. (1989). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E. E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, New-York: Cornell University Press.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Werner, E.E. (2004). What can we learn about resilience from large scale longitudinal studies? In *Handbook of Resilience in Children*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers

Yao, S.N., Cottraux, J., Note, I., De Mey-Guillard, C., Mollard, E., & Ventureyra, V. (2003). Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *Encéphale*, 29, 232-238.

Site :

Collectif ONE. (2005, mai). La maltraitance, Bruxelles. Disponible sur le site :
http://www.one.be/fileadmin/user_upload/accomp/sos/Equipes_SOS_pour_professionnels.pdf
Page consultée le 26/04/18

Leroy, F. (2014). La maltraitance infantile en chiffres. Disponible sur le site :
<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/la-maltraitance-infantile-en-chiffres.html>
Page consultée le 26/04/18

Scialom, P. (2017). Comment se constitue la personnalité ? Disponible sur le site :
<http://guide-psycho.com/accueil/psychologie-psychotherapie-cours-et-th%C3%A9orie/comment-se-constitue-la-personnalit%C3%A9/>
Page consultée le 15/05/18

Table des annexes

Annexe 1	78
Annexe 2	80
Annexe 3	81
Annexe 4	83
Annexe 5	85
Annexe 6	86
Annexe 7	87
Annexe 8	88
Annexe 9	89
Annexe 10a	90
Annexe 10b	90
Annexe 11	90
Annexe 12	91
Annexe 13	91
Annexe 14	91

Annexe 1



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education
Comité d'éthique

Formulaire d'information au volontaire

TITRE DE LA RECHERCHE : Capacité de résilience en fonction du type de personnalité chez les enfants placés vs. les enfants tout-venants

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

PROMOTEUR

Adélaïde BLAVIER - Université de Liège
Service : Psychotraumatisme et Psychologie Légale
Adresse : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education (FPLSE)
Bât. B32, Quartier Agora
Place des Orateurs 2, 4000 Liège, Belgique

DESCRIPTION DE L'ETUDE

L'objectif de ma recherche est de mettre en lien la résilience chez un enfant et sa personnalité. La résilience est un phénomène où une personne qui a vécu un traumatisme (maltraitance, accident, décès...) va malgré tout réussir à surmonter la blessure que le traumatisme a entraînée. Pour commencer mon étude, ma population sera composée de plusieurs enfants entre 8 et 12 ans, 20 enfants qui font l'objet d'un placement par le SAJ/SPJ dans un foyer ou SAAE, ou ayant bénéficié de l'intervention d'une équipe SOS enfants/famille et 40 enfants non placés. Dans un premier temps, les enfants répondront à un questionnaire qui permet d'évaluer l'impact de l'événement (ou des événements) traumatique(s). Ensuite, les enfants rempliront un questionnaire sur la résilience et un autre sur la personnalité.

INFORMATIONS IMPORTANTES

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Toutes les données acquises dans le cadre de cette étude seront traitées de façon anonyme[†]. L'anonymat sera assuré de façon suivante. A partir du recrutement et tout au long de l'acquisition et du stockage des données, vos données se verront attribuer un code de participant (ex : 001 = nom du participant). S'il est nécessaire de faire référence à un volontaire en particulier, ce ne sera qu'en utilisant des codes.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises pour utilisation dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiables et posséderont uniquement un

[†] L'anonymisation des données consiste à empêcher de faire un lien entre la personne ou l'entité qui a participé à l'étude et les données recueillies. Une première étape consiste à effacer le nom du fichier de données et à attribuer un code (tel que par exemple le numéro d'inclusion dans l'étude) ou un pseudonyme aux données. Ce code ou ce pseudonyme sera connu seulement de l'expérimentateur et du promoteur. Si une clé de décodage doit être conservée, elle doit se trouver dans un fichier et répertoire différent de celui où sont stockées les données recueillies, et doit être cryptée

numéro de code, de telle sorte que personne ne pourra en déduire votre nom ou quelles données sont les vôtres. En l'état actuel des choses, ces informations ne permettront pas de vous identifier. Si nous écrivons un rapport ou un article sur cette étude ou partageons les données, nous le ferons de telle sorte que vous ne pourrez pas être identifié directement. Nous garderons la partie privée de vos données (données d'identification comme nom, coordonnées, etc.) dans un endroit sûr pour au moins une année (durée nécessaire à la réalisation de l'étude). Après cette période de temps, nous allons détruire ces informations d'identification pour protéger votre vie privée. Vos données privées conservées dans la base de données sécurisée sont soumises aux droits suivants : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser à la chercheuse responsable de l'étude ou, à défaut, au Délégué à la Protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles stockées pour une durée maximale de 2 ans.

Si vous changez d'avis et retirez votre consentement concernant la participation de votre enfant à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous. Les données d'identification vous concernant seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées de façon statistique.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent la loi définissant les droits du patient (loi du 22 août 2002), la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine ainsi que le Règlement Général sur la Protection des Données (UE) 2016/679.

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Vous signerez un consentement éclairé avant que votre enfant prenne part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de L'Education de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses. Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

Anne-Sophie MATHIOT

Tél : +33 6.60.19.76.79

Email : ASMathiot@student.uliege.be

ou l'investigateur principal du projet :

Adélaïde BLAVIER - Université de Liège

Service : Psychotraumatisme et Psychologie Légale

Adresse : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education (FPLSE)

Bât. B32, Quartier Agora

Place des Orateurs 2, 4000 Liège, Belgique

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données

Bât. B9 Cellule "GDPR",

Quartier Village 3,

Boulevard de Colonster 2, 4000 Liège, Belgique

Annexe 2



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation
Comité d'éthique

Formulaire d'information aux structures

TITRE DE LA RECHERCHE : Capacité de résilience en fonction du type de personnalité chez les enfants placés vs. les enfants tout-venants

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

Anne-Sophie MATHIOT Statut : étudiante
Tél : +33 6 60 19 76 79 Email : ASMathiot@student.uliege.be

PROMOTEUR

Adélaïde BLAVIER - Université de Liège
Service : Psychotraumatisme et Psychologie Légale
Adresse : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education (FPLSE)
Bât. B32, Quartier Agora
Place des Orateurs 2, 4000 Liège, Belgique

DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

L'objectif de ma recherche est de mettre en lien la résilience chez un enfant et sa personnalité. La résilience est un phénomène où une personne qui a vécu un traumatisme (maltraitance, accident, décès...) va malgré tout réussir à surmonter la blessure que le traumatisme a entraînée. Pour commencer mon étude, ma population sera composée de plusieurs enfants entre 8 et 12 ans, 20 enfants qui font l'objet d'un placement par le SAJ/SPJ dans un foyer ou SAAE, ou ayant bénéficié de l'intervention d'une équipe SOS enfants/famille et 40 enfants non placés que je sélectionnerai dans des écoles primaires. Dans un premier temps, les enfants répondront à une échelle qui permet d'évaluer l'impact de l'événement (ou des événements) traumatique(s). Puis les enfants rempliront un questionnaire sur la résilience et un autre sur la personnalité. Les différents questionnaires pourront être rempli au sein de la structure en ma compagnie afin de répondre aux éventuelles questions des enfants.

INFORMATIONS IMPORTANTES

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées.

Vous signerez un consentement éclairé avant que les enfants prennent part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du Comité d’Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de L’Education de l’Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Personnes à contacter
Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses. Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes : Anne-Sophie MATHIOT

personnes suivantes : Anne Sophie MATHIOT
Tél : +33 6 60 19 76 79 Email : ASMathiot@student.uliege.be

ou l'investigateur principal du projet : Adélaïde BLAVIER - Université de Liège

Service : Psychotraumatisme et Psychologie Légale

Adresse : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education (FPLSE)

Bât B32 Quartier Agora

Bat. B52, Quartier Agora
Place des Orateurs 2, 4000 Liège, Belgique

Annexe 3



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education
Comité d'éthique
PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE
SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES PARTICIPANTS HUMAINS

Titre de la recherche	Capacité de résilience en fonction du type de personnalité chez les enfants placés vs. les enfants tout-venants.
Etudiant responsable	Anne-Sophie MATHIOT
Promoteur	Adélaïde BLAVIER
Service et numéro de téléphone de contact	Psychotraumatisme et Psychologie Légale 04/366.92.96 +33 6.60.19.76.79 (Mémorante)

Je, soussigné(e)..... en ma qualité de..... déclare :

- Avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et la chercheuse responsable figurent ci-dessus ;
- Avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.
- Avoir reçu une copie de l'information aux structures et du consentement éclairé.

J'ai compris que :

- Les parents et l'enfant peuvent à tout moment mettre un terme à leur participation à cette recherche sans devoir motiver leur décision ni subir aucun préjudice que ce soit. Les données codées acquises resteront disponibles pour traitements statistiques.
- Je peux demander à recevoir les résultats globaux de la recherche mais je n'aurais aucun retour concernant les performances individuelles des enfants.
- La présente étude ne représente pas une évaluation diagnostique.
- Je peux contacter la chercheuse pour toute question ou insatisfaction relative à la recherche ;
- Des données concernant les enfants seront récoltées pendant cette étude et que l'étudiant responsable et le promoteur de l'étude se portent garant de la confidentialité de ces données. Les parents et l'enfant disposent d'une série de droits (accès, rectification, suppression, opposition) concernant leurs données personnelles qu'ils peuvent exercer en prenant contact avec le Délégué à la Protection des Données de l'institution dont les coordonnées se trouvent sur la feuille d'information qui m'a été remise. Ils peuvent

également lui adresser toute doléance concernant le traitement des données à caractère personnel.

- Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire pour un maximum de 1 an.

Je consens à ce que :

- Les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient également utilisées dans le cadre d'autres études futures similaires, y compris éventuellement dans d'autres pays que la Belgique.
- Les données anonymes recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celle du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques accessibles à la communauté scientifique uniquement.
- Les données personnelles soient traitées selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité du formulaire d'information.

En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature

Etudiant responsable

- Je soussignée, Anne-Sophie MATHIOT, étudiante responsable, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information et de consentement aux structures.
- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que la personne accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine, ainsi que dans le respect des pratiques éthiques et déontologiques de ma profession.

Nom, prénom de l'étudiant responsable

Date et signature

Annexe 4



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE
SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES PARTICIPANTS HUMAINS

Titre de la recherche	Capacité de résilience en fonction du type de personnalité et du vécu antérieur chez les enfants maltraités vs. les enfants tout-venants.
Etudiant responsable	Anne-Sophie MATHIOT
Promoteur	Adélaïde BLAVIER
Service et numéro de téléphone de contact	Psychotraumatisme et Psychologie Légale 04/366.92.96 +33 6.60.19.76.79 (Mémorante)

Je, soussigné(e),....., en ma qualité de père, mère, tuteur ou tutrice de, déclare :

- Avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et la chercheuse responsable figurent ci-dessus ;
- Avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.
- Avoir reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Je sais que, en ce qui concerne :

- Je peux à tout moment mettre un terme à sa participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision et sans que quiconque subisse aucun préjudice ;
- Son avis sera sollicité et il pourra également mettre un terme à sa participation à cette recherche sans devoir motiver sa décision et sans que quiconque subisse aucun préjudice ;
- Je peux demander à recevoir les résultats globaux de la recherche mais je n'aurais aucun retour concernant ses performances individuelles.
- La présente étude ne représente pas une évaluation diagnostique.
- Je peux contacter la chercheuse pour toute question ou insatisfaction relative à sa participation à la recherche ;
- Des données le concernant seront récoltées pendant sa participation à cette étude et que l'étudiant responsable et le promoteur de l'étude se portent garant de la confidentialité de ces données. Je dispose d'une série de droits (accès, rectification, suppression, opposition) concernant ses données personnelles que je peux exercer en prenant contact avec le Délégué à la Protection des Données de l'institution dont les coordonnées se

trouvent sur la feuille d'information qui m'a été remise. Je peux également lui adresser toute doléance concernant le traitement de ses données à caractère personnel.

- Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire pour un maximum de 1 an.

J'autorise la chercheuse responsable à communiquer les résultats de mon/mes enfant(s) à la psychologue qui le suit.

OUI - NON

Le cas échéant, veuillez indiquer les coordonnées de la personne à qui les résultats doivent être transmis (adresse et/ou numéro de téléphone) :
.....

Je consens à ce que, en ce qui concerne :

- Les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient également utilisées dans le cadre d'autres études futures similaires, y compris éventuellement dans d'autres pays que la Belgique.
- Les données anonymes recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celle du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques accessibles à la communauté scientifique uniquement.
- Ses données personnelles soient traitées selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité du formulaire d'information.

En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour que soit participant à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature :

Etudiant responsable

- Je soussignée, Anne-Sophie MATHIOT, étudiante responsable, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information et de consentement au représentant légal du participant. J'ai également fourni les informations oralement et recueilli le consentement du participant dans des termes adaptés à son âge et/ou sa condition
- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant ou son représentant légal accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine, ainsi que dans le respect des pratiques éthiques et déontologiques de ma profession.

Nom, prénom de l'étudiant responsable

Date et signature

Annexe 5



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

Formulaire d'information et de consentement pour des enfants

Bonjour, je m'appelle Anne-Sophie MATHIOT, je m'intéresse au lien entre la résilience et la personnalité de l'enfant. La résilience c'est lorsqu'un enfant parvient à surmonter ses problèmes. La personnalité c'est l'ensemble de tes comportements, tes émotions et tes attitudes. Je voudrais te demander de m'aider en répondant à quelques questions. Voilà ce que tu vas devoir faire, je vais te demander de lire et de répondre aux questions le mieux que tu peux et de la manière la plus vraie possible. Je vais faire la même chose avec plein d'autres enfants, et de cette façon, je pourrai mieux comprendre le lien entre la résilience et la personnalité de l'enfant. Cela se déroule en une ou deux séances qui prennent environ 30 min.

Avant de te voir, j'ai demandé à tes parents s'ils étaient d'accord que je travaille avec toi, et ils ont dit qu'ils étaient d'accord.

J'ai aussi demandé à Mme la directrice/Monsieur le directeur ainsi qu'à ton instituteur/institutrice, s'ils étaient d'accord que je travaille avec les enfants de ta classe, et donc avec toi, ils ont dit qu'ils étaient d'accord.

Maintenant que je t'ai expliqué en quoi consiste mon projet, es-tu d'accord d'y participer ? Ta participation est volontaire, c'est à dire que tu participes seulement si tu en as envie, personne ne peut t'obliger. À tout moment, tu as le droit de ne pas répondre à une question si tu n'en as pas envie, tu as aussi le droit de décider d'arrêter de participer si tu n'en as plus envie. Si tu veux arrêter ou si tu ne souhaites pas répondre à une question, tu n'es pas obligé de m'expliquer pourquoi.

Je serai la seule à connaître tes réponses, elles seront confidentielles. Donc, tout ce que tu me diras et les réponses que tu feras aux tests resteront entre nous, ni tes parents, ni ton instituteur/institutrice ne pourront connaître ces informations, sauf si évidemment tu as envie de leur en parler. Tu as tout à fait le droit de leur en parler si tu en as envie, mais tu n'es pas obligé, même s'ils te le demandent comment ça s'est passé.

Consentement

Je, _____ reconnaît avoir lu et compris le présent formulaire et accepte volontairement de participer à cette recherche. Je reconnaît avoir eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision et avoir pu poser des questions à l'expérimentateur et recevoir toutes les informations que je souhaitais. Je comprends que ma participation est totalement volontaire (personne ne m'y oblige) et que je peux y mettre fin à tout moment, sans justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Ta signature :

Date :

Annexe 6

Données descriptives (moyennes, écart-type) et test T de Student groupe contrôle vs. placé

	N Actifs Contrôle	Moyenne Contrôle	N Actifs Placé	Moyenne Placé	Ecart-Type Contrôle	Ecart-Type Placé	p	Ratio F Variances
Total Score Résilience	42	109,3333	21	105,3810	16,29255	17,68467	0,381092	1,178192
Score moyenne	42	3,9048	21	3,7635	0,58188	0,63156	0,380854	1,178062
Compétences personnelles individuelles	42	3,7952	21	3,6952	0,64693	0,82370	0,599982	1,621158
Soutien individuel par les pairs	42	3,7738	21	3,9762	1,13805	1,17767	0,513148	1,070844
Compétences sociales individuelles	42	4,1429	21	3,8095	0,84309	1,24976	0,214775	2,197386
Total individuel	42	3,9040	21	3,8268	0,66684	0,92378	0,705678	1,919093
Soins physiques	42	3,9643	21	3,5952	1,12289	0,94365	0,200680	1,415971
Soins Psychologique	42	4,2381	21	3,8381	0,70016	0,92438	0,059947	1,743044
Total du caregiving	42	4,1012	21	3,7167	0,83852	0,78856	0,085268	1,130702
Contexte spirituel	42	3,1508	21	3,0319	0,97725	1,05353	0,658935	1,162200
Contexte de l'éducation	42	3,8333	21	3,8810	0,92833	0,96053	0,850137	1,070586
Contexte culturel	42	4,0857	21	4,0952	0,77289	0,68882	0,962076	1,258971
Total contextuel	42	3,6899	21	3,6694	0,67046	0,60240	0,905925	1,238727
Extraversion/énergie	42	48,5714	21	45,0476	9,01798	9,89685	0,162035	1,204412
Agréabilité	42	48,9524	21	43,2381	7,92019	10,04443	0,016536	1,608345
Conscienciosité	42	49,6429	21	42,9048	7,20712	8,85949	0,001952	1,511103
Instabilité Emotionnelle	42	37,4048	21	39,6190	9,62735	10,15124	0,401286	1,111795
Ouverture/intellectualité	42	48,7381	21	42,4286	8,02757	8,20714	0,004909	1,045238
Total Trauma	42	41,5714	21	43,9524	14,74191	14,96822	0,549888	1,030938
Reviviscence	42	13,5952	21	13,0476	5,89361	5,16213	0,718792	1,303479
Evitemment	42	15,5238	21	16,3810	5,82358	6,85183	0,605647	1,384312
Hyperactivité neurovégétative	42	12,4524	21	14,5238	5,79404	5,12464	0,170142	1,278310

Annexe 7

Données descriptives (moyennes, écart-type) et test T de Student comparaison Filles vs. Garçons (groupe contrôle et placé)

	N Actif Filles	Moyenne Filles	N Actifs Garçons	Moyenne Garçons	Ecart-Type Filles	Ecart-Type Garçons	p	Ratio F Variances
Total Score Résilience	35	107,3143	28	108,8929	16,90418	16,78037	0,713031	1,014811
Score moyenne	35	3,8327	28	3,8890	0,60372	0,59928	0,713276	1,014866
Compétences personnelles individuelles	35	3,8343	28	3,6714	0,71535	0,69541	0,366912	1,058175
Soutien individuel par les pairs	35	3,9714	28	3,6786	1,06373	1,24137	0,317387	1,361898
Compétences sociales individuelles	35	4,0857	28	3,9643	0,85307	1,17006	0,635655	1,881255
Total individuel	35	3,9638	28	3,7713	0,70165	0,81802	0,318815	1,359210
Soins physiques	35	3,6714	28	4,0536	1,07746	1,04827	0,161955	1,056466
Soins Psychologique	35	4,0171	28	4,2143	0,80786	0,78491	0,333594	1,059333
Total du caregiving	35	3,8443	28	4,1339	0,82540	0,83589	0,173778	1,025575
Contexte spirituel	35	3,1524	28	3,0596	0,94400	1,07360	0,716734	1,293423
Contexte de l'éducation	35	3,8143	28	3,8929	0,96319	0,90633	0,742368	1,129412
Contexte culturel	35	3,9886	28	4,2143	0,76226	0,70538	0,232137	1,167768
Total contextuel	35	3,6517	28	3,7223	0,64681	0,64957	0,669309	1,008571
Extraversion/énergie	35	47,9714	28	46,6786	9,31629	9,60345	0,591230	1,062596
Agréabilité	35	48,4000	28	45,3571	8,88224	9,06852	0,185654	1,042386
Conscienciosité	35	47,2857	28	47,5357	9,00513	7,64239	0,907263	1,388424
Instabilité Emotionnelle	35	38,0000	28	38,3214	8,99019	10,85273	0,898099	1,457271
Ouverture/intellectualité	35	46,4286	28	46,8929	7,76222	9,61226	0,832672	1,533482
Total trauma	35	43,0857	28	41,4643	12,60339	17,24439	0,667991	1,872066
Reviviscence	35	13,9143	28	12,7857	5,12991	6,22633	0,433172	1,473144
Evitement	35	16,0857	28	15,4643	5,60132	6,85015	0,693299	1,495615
Hyperactivité neurovégétative	35	13,0857	28	13,2143	5,11843	6,29731	0,929037	1,513688

Annexe 8

Données descriptives (moyennes, écart-type) et test T de Student comparaison Filles vs. Garçons (groupe contrôle)

	N Actif Filles	Moyenne Filles	N Actifs Garçons	Moyenne Garçons	Ecart-Type Filles	Ecart-Type Garçons	p	Ratio F Variances
Total Score Résilience	21	106,7619	21	111,9048	19,62372	12,04950	0,312251	2,652312
Score moyenne	21	3,8129	21	3,9966	0,70085	0,43034	0,312251	2,652312
Compétences personnelles individuelles	21	3,8857	21	3,7048	0,68285	0,61194	0,371224	1,245168
Soutien individuel par les pairs	21	3,8095	21	3,7381	1,20909	1,09109	0,841729	1,228000
Compétences sociales individuelles	21	4,0476	21	4,2381	0,86465	0,83095	0,470930	1,082759
Total individuel	21	3,9143	21	3,8937	0,77822	0,55293	0,921591	1,980860
Soins physiques	21	3,7143	21	4,2143	1,16803	1,04369	0,151340	1,252459
Soins Psychologique	21	4,0381	21	4,4381	0,87091	0,40308	0,063312	4,668230
Total du caregiving	21	3,8762	21	4,3262	0,94149	0,66982	0,081891	1,975695
Contexte spirituel	21	3,0159	21	3,2857	0,85294	1,09182	0,377455	1,638545
Contexte de l'éducation	21	3,8095	21	3,8571	1,05447	0,80844	0,870375	1,701275
Contexte culturel	21	3,9048	21	4,2667	0,86167	0,64291	0,130797	1,796313
Total contextuel	21	3,5767	21	3,8032	0,73359	0,59703	0,279123	1,509756
Extraversion/énergie	21	49,6190	21	47,5238	8,27331	9,79601	0,458344	1,401976
Agréabilité	21	51,0000	21	46,9048	7,33485	8,12345	0,094147	1,226589
Conscienciosité	21	50,8571	21	48,4286	7,29579	7,08217	0,280267	1,061236
Instabilité Emotionnelle	21	35,7619	21	39,0476	6,57955	11,87635	0,274053	3,258167
Ouverture/intellectualité	21	48,8571	21	48,6190	6,76229	9,29234	0,924837	1,888264
Total trauma	21	38,6667	21	44,4762	10,52774	17,80342	0,205438	2,859807
Reviviscence	21	13,0476	21	14,1429	5,38030	6,45202	0,553586	1,438065
Evitement	21	14,5714	21	16,4762	4,00714	7,18066	0,294835	3,211151
Hyperactivité neurovégétative	21	11,0476	21	13,8571	4,58777	6,60519	0,117264	2,072851

Annexe 9

Données descriptives (moyennes, écart-type) et test T de Student comparaison Filles vs. Garçons (groupe placé)

	N Actif Filles	Moyenne Filles	N Actifs Garçons	Moyenne Garçons	Ecart-Type Filles	Ecart-Type Garçons	p	Ratio F Variances
Total Score Résilience	14	108,1429	7	99,85714	12,39638	25,61529	0,323889	4,269808
Score moyenne	14	3,8622	7	3,56612	0,44273	0,91470	0,323519	4,268583
Compétences personnelles individuelles	14	3,7571	7	3,57143	0,78124	0,95519	0,638406	1,494899
Soutien individuel par les pairs	14	4,2143	7	3,50000	0,77743	1,70783	0,197435	4,825758
Compétences sociales individuelles	14	4,1429	7	3,14286	0,86444	1,67616	0,083495	3,759804
Total individuel	14	4,0381	7	3,40429	0,58818	1,33512	0,142209	5,152456
Soins physiques	14	3,6071	7	3,57143	0,96434	0,97590	0,937308	1,024126
Soins Psychologique	14	3,9857	7	3,54286	0,73365	1,23674	0,312806	2,841704
Total du caregiving	14	3,7964	7	3,55714	0,64345	1,06357	0,526073	2,732181
Contexte spirituel	14	3,3571	7	2,38143	1,06590	0,70546	0,042008	2,282905
Contexte de l'éducation	14	3,8214	7	4,00000	0,84597	1,22474	0,698673	2,095969
Contexte culturel	14	4,1143	7	4,05714	0,59077	0,90711	0,863077	2,357683
Total contextuel	14	3,7643	7	3,47952	0,49347	0,78673	0,319469	2,541665
Extraversion/énergie	14	45,5000	7	44,14286	10,52287	9,22729	0,775435	1,300529
Agréabilité	14	44,5000	7	40,71429	9,81169	10,79682	0,429618	1,210890
Conscienciosité	14	41,9286	7	44,85714	8,87056	9,19109	0,489332	1,073575
Instabilité Emotionnelle	14	41,3571	7	36,14286	11,16042	7,24405	0,278151	2,373552
Ouverture/intellectualité	14	42,7857	7	41,71429	7,96317	9,28645	0,785964	1,359963
Total trauma	14	49,7143	7	32,42857	12,88666	12,43459	0,008597	1,074033
Reviviscence	14	15,2143	7	8,71429	4,61067	3,14718	0,003440	2,146265
Evitement	14	18,3571	7	12,42857	6,93494	4,99524	0,059377	1,927408
Hyperactivité neurovégétative	14	16,1429	7	11,28571	4,40030	5,21901	0,036887	1,406735

Annexe 10a
Analyse régression linéaire du Score Total de Résilience

	Degré de liberté	SC	MC	F	p
Intercept	1	2413,72	2413,720	12,90519	0,000700
Extraversion/Energie	1	1206,24	1206,239	6,44928	0,013956
Agréabilité	1	481,29	481,286	2,57324	0,114412
Conscienciosité	1	0,00	0,000	0,00000	1,000000
Instabilité Emotionnelle	1	184,08	184,084	0,98422	0,325503
Ouverture/Intellectualité	1	79,74	79,740	0,42634	0,516513
Groupe	1	188,21	188,208	1,00627	0,320191
Sexe	1	298,01	298,009	1,59333	0,212177
Erreur	55	10286,92	187,035		
Total	62	17356,98			

Annexe 10b

Effet		Ecart-Type	t	P	-95,00% Lim. Conf	+95,00% Lim. Conf	Beta β	Erreur β	-95,00% Lim. Conf	+95,00% Lim. Conf
Intercept		9,517946	6,598061	0,000000	43,75462	81,84535				
Extraversion/Energie		0,199658	4,792527	0,000012	0,55735	1,35638	0,537021	0,112054	0,312802	0,761240
Sexe	F	1,864968	-0,750291	0,456061	-5,13106	2,33252	-0,083779	0,111662	-0,307215	0,139657
Groupe	Contrôle	1,993113	0,028636	0,977251	-3,93114	4,04529	0,003242	0,113211	-0,223293	0,229777

Annexe 11
Corrélations entre les questionnaires BFQ-C et PCL-S

Variable	Extraversion/Energie	Agréabilité	Conscienciosité	Instabilité Emotionnelle	Ouverture/Intellectualité
Total PCL-S	0,203209	0,068391	-0,077224	0,142180	-0,003144
Reviviscence	0,221310	0,240536	0,095575	0,096558	0,153539
Evitement	0,159586	0,006278	-0,091133	0,072143	-0,011154
Hyperactivité neurovégétative	0,136930	-0,068148	-0,198400	0,197240	-0,149578

Annexe 12

Corrélations entre les questionnaires PCL-S et CYRM-28

Variable	Total PCL-S	Reviviscence	Evitement	Hyperactivité neurovégétative
Score Totale Résilience	0,034245	0,065744	0,117878	-0,104734
Compétences personnelles individuelles	-0,119291	0,003213	-0,090261	-0,217235
Soutien individuel par les pairs	0,132876	0,125446	0,149149	0,059876
Compétences sociales individuelles	0,080216	0,052146	0,195392	-0,055328
Total individuel	0,065506	0,087521	0,133563	-0,061721
Soins physiques	-0,138508	-0,067798	-0,062151	-0,227289
Soins psychologiques	-0,018949	0,001712	0,106204	-0,167352
Total du caregiving	-0,097941	-0,042700	0,010760	-0,225704
Contexte spirituel	0,227021	0,175814	0,292435	0,099733
Contexte de l'éducation	-0,081076	-0,109514	-0,006508	-0,095847
Contexte culturel	0,059646	0,049925	0,104502	-0,007746
Total contextuel	0,100878	0,057014	0,187795	0,002247

Annexe 13

Corrélations entre les questionnaires CYRM-28 et BFQ-C

Variable	Extraversion /Energie	Agréabilité	Conscienciosité	Instabilité Emotionnelle	Ouverture Intellectuelité
Score Totale Résilience	0,531821	0,530264	0,441487	-0,085080	0,478460
Compétences personnelles individuelles	0,460443	0,542978	0,558628	-0,197874	0,459451
Soutien individuel par les pairs	0,493095	0,389200	0,238130	-0,015215	0,248766
Compétences sociales individuelles	0,218604	0,291373	0,251281	-0,125879	0,280274
<i>Total individuel</i>	0,489070	0,494450	0,405182	-0,124822	0,392444
Soins physiques	0,297628	0,327274	0,200339	-0,123048	0,290182
Soins psychologiques	0,347161	0,280409	0,306655	0,014181	0,333987
<i>Total du caregiving</i>	0,356610	0,343803	0,274845	-0,072216	0,345548
Contexte spirituel	0,141754	0,205057	0,167539	0,114216	0,159832
Contexte de l'éducation	0,383961	0,414368	0,255209	-0,162226	0,413481
Contexte culturel	0,379972	0,428690	0,278200	-0,095346	0,325246
<i>Total contextuel</i>	0,404024	0,470028	0,316201	-0,055884	0,406614

Annexe 14

Corrélations entre les totaux de la résilience et les cinq facteurs

Variable	Extraversion /Energie	Agréabilité	Conscienciosité	Instabilité Emotionnelle	Ouverture Intellectuelité
Score Total Résilience	0,531821	0,530264	0,441487	-0,085080	0,478460
Total Individuel	0,489070	0,494450	0,405182	-0,124822	0,392444
Total du caregiving	0,356610	0,343803	0,274845	-0,072216	0,345548
Total contextuel	0,404024	0,470028	0,316201	-0,055884	0,406614

Résumé

Objectif : L'objectif de cette recherche est de mettre en lien le phénomène de résilience chez un enfant ayant vécu un quelconque traumatisme et la personnalité de l'enfant. Nous nous interrogeons en quoi le type de personnalité va avoir un impact sur le phénomène de résilience. Nous allons comparer ce lien entre les enfants qui ont vécu de la maltraitance (violence physique, psychologique, institutionnelle ou négligences) et les enfants tout-venants.

Méthodologie : Notre population concernée sont des enfants entre 8 et 12 ans, avec 21 enfants qui font l'objet d'un placement par le SAJ/SPJ dans un foyer ou SAAE et 42 enfants tout-venants d'écoles primaires. Les enfants devront remplir trois questionnaires. Il y a l'échelle PCL-S qui permet d'évaluer l'impact de l'événement (ou des événements) traumatique(s) sur l'enfant, validée par Yao et *al.* (2003) avec 17 items. Ensuite, nous avons le CYRM-28 permettant d'évaluer la résilience avec différents sous-scores, validé par Liebenberg, Ungar et Van de Vijver (2012) avec 28 items. Et enfin, les enfants rempliront le questionnaire des cinq facteurs pour enfants (BFQ-C) de 65 items de Barbaranelli et *al.* (2003). Auquel l'enfant obtiendra cinq notes aux cinq dimensions fondamentales qui sont l'Extraversion/Energie, l'Agréabilité, la Conscienciosité, l'Instabilité Emotionnelle et l'Ouverture/Intellectualité.

Résultats : Nous avons pu observer une corrélation modérée entre les quatre dimensions de la personnalité (Extraversion, Agréabilité, Conscienciosité et Ouverture) et un niveau élevé de résilience. De plus, le total individuel de la résilience possède des corrélations légèrement plus fortes que les autres totaux, excepté pour la dimension Ouverture/ Intellectualité qui a un lien plus fort avec le total contextuel de la résilience. Nous avons pu aussi observer qu'au sein de deux fratries, le niveau de résilience est différent. Deux hypothèses n'ont été que partiellement confirmée, celle concernant le score du caregiving entre les deux groupes et celle de la différence entre les filles et les garçons au niveau de la résilience. En effet, la première ne semble pas significative dans notre échantillon, mais frôle pourtant cette probabilité. Quant à l'autre hypothèse, cela s'est vérifié qu'avec les filles du groupe des enfants placés.

Conclusion : Cette étude a permis de montrer le lien entre les facteurs de la personnalité qui peuvent jouer un rôle dans le processus de résilience. Cependant, il est possible que le biais de désirabilité sociale soit présent dans cette recherche. Il serait donc intéressant de pouvoir contourner ce biais, mais aussi de refaire passer ces trois questionnaires (ou de changer l'échelle du PCL-S qui n'est peut-être pas adapté aux enfants) sur un plus grand nombre de personnes pour voir si nous obtenons des résultats encore plus significatifs.