



Université de Liège
Faculté de Psychologie et des
Sciences de l'Éducation

Étude de l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur la résilience et le développement d'un traumatisme psychique

Comparaison entre des enfants placés en famille d'accueil
et des enfants vivant au sein de leur famille d'origine.

Sous la direction de : Mme Adélaïde BLAVIER

Lectrices : Mme Élodie MORMONT

& Mme Agnès LEGRAND

Mémoire présenté par : Manon DELHALLE

En vue de l'obtention du grade de Master en sciences psychologiques

Année académique 2018-2019



Université de Liège
Faculté de Psychologie et des
Sciences de l'Éducation

**Étude de l'impact des capacités
intellectuelles de l'enfant sur la
résilience et le développement d'un
traumatisme psychique**

Comparaison entre des enfants placés en famille d'accueil
et des enfants vivant au sein de leur famille d'origine.

Sous la direction de : Mme Adélaïde BLAVIER

Lectrices : Mme Élodie MORMONT

& Mme Agnès LEGRAND

Mémoire présenté par : Manon DELHALLE

En vue de l'obtention du grade de Master en sciences psychologiques

Année académique 2018-2019

Remerciements

Pour débiter, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie sincèrement ma promotrice, Madame Adélaïde Blavier, et son assistante, Madame Stéphanie Chartier, pour leur soutien et l'aide qu'elles m'ont apportée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également Madame Élodie Mormont et Madame Agnès Legrand pour avoir marqué leur intérêt et accepté d'être lectrices de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement les services de placement familial « La Sauvegarde Familiale », « Accueil et Solidarité » et « L'Accueil Familial » pour leur accompagnement, leur investissement et pour avoir accepté la réalisation de ce mémoire au sein de leur centre. Je remercie également les directeurs de l'« École fondamentale Saint-Quirin » ainsi que de l'« École du Sacré-Coeur » qui ont accepté de transmettre ma lettre d'informations à leurs élèves. Un grand merci à l'« Unité scout de Saint-Quirin » qui m'a soutenu dans mon projet.

J'adresse un merci particulier à ma mère, pour ses relectures et corrections bienveillantes et intéressées. Je remercie également ma sœur, Charlotte, pour ses conseils et son soutien moral. Je remercie toute ma famille pour son soutien sans faille tout au long de mon parcours universitaire.

J'adresse aussi un grand merci à Thibaut Palmers, pour son aide informatique. Je remercie également Émilie Mahiat pour ses conseils avisés et mes amies Wivine, Madison et Marie pour leur soutien.

Je tiens également à remercier de tout cœur toutes les familles rencontrées, parents et enfants, qui ont porté un intérêt à mon travail et qui ont accepté de participer à l'élaboration de celui-ci. Sans eux, la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible. Je les remercie également pour leur confiance et leur investissement, pour ces moments de partage qui furent un réel enrichissement pour moi.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Partie 1 : Introduction..... | 3 |
| Partie 2 : Revue de la littérature..... | 5 |
| Chapitre 1 : les capacités intellectuelles..... | 5 |
| 1.1 Les conceptions du développement cognitif..... | 5 |
| 1.1.1 L'approche constructiviste : Jean Piaget..... | 5 |
| 1.1.2 L'approche nativiste..... | 6 |
| 1.1.3 L'approche néo-darwinienne..... | 6 |
| 1.2 Les théories de l'intelligence..... | 6 |
| 1.2.1 Spearman (1904) : une intelligence unique..... | 7 |
| 1.2.2 Thurstone (1941) : une intelligence multi-factorielle..... | 7 |
| 1.2.3 Cattell (1941) : un modèle hiérarchique de l'intelligence..... | 7 |
| 1.2.4 Sternberg (1988) : la théorie triarchique..... | 8 |
| 1.2.5 Gardner (1993) : les intelligences multiples..... | 8 |
| 1.2.6 Carroll (1993) : un modèle hiérarchique à trois niveaux..... | 9 |
| 1.2.7 Le modèle CHC : Cattell - Horn - Carroll (2000)..... | 9 |
| 1.3 Les tests d'efficience intellectuelle..... | 9 |
| 1.3.1 Binet-Simon (1905)..... | 9 |
| 1.3.2 Le Kaufman-Assessment Battery for Children (1983 - 2004)..... | 10 |
| 1.3.3 Les échelles d'intelligence de Wechsler..... | 10 |
| 1.4 Résumé du chapitre..... | 11 |
| 2. Chapitre 2 : le traumatisme psychique chez l'enfant..... | 12 |
| 2.1. Définition, épidémiologie et diagnostic du psychotraumatisme..... | 12 |
| 2.1.1 Le syndrome de reviviscence..... | 14 |
| 2.1.2 Le syndrome d'évitement..... | 14 |
| 2.1.3 L'hyperactivité neurovégétative..... | 15 |
| 2.2. De l'exposition à un événement potentiellement traumatisant au développement d'un trouble du stress post-traumatique..... | 15 |
| 2.2.1 Phase immédiate..... | 15 |
| 2.2.2 Phase post-immédiate..... | 16 |
| 2.2.3 Phase différée..... | 16 |
| 2.3. Altérations cognitives associées au syndrome de stress post-traumatique..... | 16 |
| 2.4 Facteurs de risque et de protection..... | 17 |
| 2.4.1 Les caractéristiques de l'événement potentiellement traumatisant..... | 17 |
| 2.4.2 Les variables liées au milieu de récupération..... | 19 |
| 2.4.3 Les variables liées à l'enfant..... | 19 |
| 2.5 L'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur le développement d'un traumatisme psychique..... | 20 |
| 2.5.1 Une intelligence supérieure comme facteur de protection au psychotraumatisme..... | 20 |
| 2.5.2 Les capacités verbales comme facteur de protection au psychotraumatisme..... | 23 |
| 2.5.3 L'impact de l'intelligence de l'individu en fonction de la gravité de l'événement..... | 24 |
| 2.6 Résumé du chapitre..... | 26 |

| | |
|---|----|
| 3. Chapitre 3 : la résilience..... | 27 |
| 3.1. Définition..... | 27 |
| 3.2. Facteurs de risque et de protection..... | 27 |
| 3.2.1 Facteurs environnementaux..... | 28 |
| 3.2.2 Facteurs individuels..... | 28 |
| 3.3 La résilience comme facteur de protection du trouble du stress post-traumatique..... | 29 |
| 3.3 L'intelligence comme facteur de résilience..... | 30 |
| 3.4 Résumé du chapitre..... | 31 |
| 4. Chapitre 4 : le placement en famille d'accueil..... | 32 |
| 4.1 La législation concernant le placement..... | 32 |
| 4.2 Les causes potentielles du placement..... | 32 |
| 4.3 Le placement en famille d'accueil..... | 33 |
| 4.4 Les missions des familles d'accueil..... | 33 |
| 4.5 Le placement en famille d'accueil est-il un événement potentiellement traumatisant ? | 34 |
| 4.5.1 L'influence de l'instabilité du placement..... | 36 |
| 4.5.2 L'influence des contacts avec la famille d'origine..... | 37 |
| 4.6 Résumé du chapitre..... | 38 |
| Partie 3 : Objectifs et hypothèses..... | 39 |
| 1. Objectifs..... | 39 |
| 2. Hypothèses..... | 39 |
| 2.1. Première hypothèse..... | 39 |
| 2.1.1 Hypothèse 1a..... | 39 |
| 2.1.2 Hypothèse 1b..... | 39 |
| 2.1.3 Hypothèse 1c..... | 40 |
| 1.2 Deuxième hypothèse..... | 40 |
| 1.3 Troisième hypothèse..... | 40 |
| 1.4 Quatrième hypothèse..... | 40 |
| 1.4.1 Hypothèse 4a..... | 41 |
| 1.4.2 Hypothèse 4b..... | 41 |
| 1.4.3 Hypothèse 4c..... | 41 |
| 1.4.4 Hypothèse 4d..... | 41 |
| Partie 4 : Méthodologie..... | 42 |
| 1. Design de l'étude..... | 42 |
| 2. Échantillon et procédure de recrutement..... | 43 |
| 3. Conditions de passation..... | 44 |
| 4. Matériel..... | 45 |
| 4.1 L'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants - 5e édition..... | 45 |
| 4.1.1 Description..... | 45 |
| 4.1.1.1 L'Indice de Compréhension Verbale (ICV)..... | 46 |
| 4.1.1.2 L'Indice VisuoSpatial (IVS)..... | 46 |
| 4.1.1.3 L'Indice de Raisonnement Fluide (IRF)..... | 47 |
| 4.1.1.4 L'Indice de Mémoire à court Terme (IMT)..... | 47 |

| | |
|---|----|
| 4.1.1.5 L'Indice de Vitesse de Traitement (IVT)..... | 47 |
| 4.1.2 Propriétés psychométriques..... | 48 |
| 4.2 Le Child and Youth Resilience Measure..... | 48 |
| 4.2.1 Description..... | 48 |
| 4.2.2 Propriétés psychométriques..... | 49 |
| 4.3 Le Child Post-Traumatic Stress Reaction Index..... | 49 |
| 4.3.1 Description..... | 49 |
| 4.3.2 Propriétés psychométriques..... | 50 |
| Partie 5 : Résultats..... | 51 |
| 1. Données descriptives de l'échantillon..... | 51 |
| 1.1. Données sociodémographiques..... | 51 |
| 1.1.1 Les enfants tout-venant..... | 52 |
| 1.1.2 Les enfants placés en famille d'accueil..... | 53 |
| 1.2. Statistiques descriptives..... | 54 |
| 2. Analyse des variables en lien avec le psychotraumatisme de l'enfant..... | 56 |
| 2.1 Résultats préliminaires..... | 56 |
| 2.1.1 Sexe des participants..... | 56 |
| 2.1.2 Âge des participants..... | 56 |
| 2.1.3 Groupe des participants (tout-venant vs placés)..... | 57 |
| 2.1.4 Autres variables..... | 57 |
| 2.1.5 Variables spécifiques aux enfants placés en famille d'accueil..... | 58 |
| 2.2 Résultats concernant la première hypothèse..... | 58 |
| 2.2.1 Hypothèse 1a..... | 58 |
| 2.2.2 Hypothèse 1b..... | 60 |
| 2.2.3 Hypothèse 1c..... | 62 |
| 2.3 Résultats concernant la deuxième hypothèse..... | 63 |
| 2.4 Résultats concernant la troisième hypothèse..... | 65 |
| 2.5 Résultats concernant la quatrième hypothèse..... | 68 |
| 2.5.1 Hypothèse 4a..... | 68 |
| 2.5.2 Hypothèse 4b..... | 68 |
| 2.5.3 Hypothèse 4c..... | 69 |
| 2.5.4 Hypothèse 4d..... | 70 |
| 3. Données qualitatives..... | 71 |
| Partie 6 : Discussion..... | 75 |
| 1. Discussion de la première hypothèse..... | 75 |
| 2. Discussion de la deuxième hypothèse..... | 80 |
| 3. Discussion de la troisième hypothèse..... | 81 |
| 4. Discussion de la quatrième hypothèse..... | 83 |
| 5. Intérêt du travail..... | 86 |
| 6. Limites du travail et perspectives futures..... | 87 |
| Partie 7 : Conclusion..... | 90 |
| Partie 8 : Bibliographie..... | 92 |

Partie 1 : Introduction

Le traumatisme psychique chez les enfants est un domaine d'étude qui a beaucoup évolué ces dernières années. En effet, au début du XX^e siècle, les enfants étaient considérés comme des individus résilients, qui ne pouvaient souffrir de psychotraumatisme. Au début du XXI^e siècle, au contraire, ils sont considérés comme des individus hypersensibles (Behaghel, 2015). Les différentes recherches menées récemment prouvent que le traumatisme psychique est présent chez les enfants et qu'il peut avoir de réelles conséquences sur leur bien-être psychologique. Les recherches montrent que les enfants atteints d'un traumatisme psychique développent plus de cancers, vivent moins longtemps et ont plus de problèmes psychologiques (Burke Harris, 2015). Environ 1% des enfants souffriraient du trouble du stress post-traumatique (Kedia & Sabouraud-Séguin, 2013).

Malgré les avancées de la recherche sur le traumatisme psychique, l'étiologie de ce trouble n'est pas encore claire ; les recherches ont montré des résultats contradictoires quant à l'influence de l'âge, du sexe, du groupe ethnique ou de l'intelligence de l'enfant. Dans ces conditions, évaluer dans quelle mesure le niveau d'intelligence constitue un facteur de risque ou de protection au développement d'un traumatisme psychique chez les enfants est intéressant. Pour ce faire, ce travail étudie les capacités intellectuelles des enfants, leurs capacités de résilience et leurs réactions à la suite d'un événement potentiellement traumatisant.

Ce mémoire a pour but d'aider les cliniciens à détecter les enfants qui risquent de présenter un trouble de stress post-traumatique et à prévenir, chez eux, l'apparition de ce trouble. En outre, cette recherche vise à identifier les facteurs contribuant à la résilience d'un enfant pour pouvoir la favoriser. Ce travail a donc une visée scientifique, mais également clinique.

Cette recherche vise des enfants vivant au sein de leur famille d'origine (dits « tout-venant ») ainsi que des enfants placés en famille d'accueil. De nos jours, la plupart des études se centrent sur des populations militaires ou ayant vécu un traumatisme bien précis. Ainsi, peu d'études se sont intéressées aux enfants tout-venant. Outre l'intérêt porté à cette population, notre étude a pour but de comparer les résultats obtenus à ceux relatifs aux enfants placés en famille d'accueil. Nous avons choisi ces populations car il nous semblait intéressant d'évaluer des enfants ayant vécu une séparation potentiellement traumatique ainsi que d'autres événements potentiellement traumatisants.

Dans la première partie de ce travail, nous aborderons les différents concepts majeurs de cette recherche ; les concepts de capacités intellectuelles, de traumatisme psychique, de résilience et de placement familial. Ensuite, nous expliquerons les hypothèses de ce travail ainsi que la méthodologie utilisée. Après, ces hypothèses seront vérifiées à l'aide d'analyses statistiques. In fine, nous discuterons des résultats obtenus et de l'intérêt de cette recherche. Pour conclure, nous préciserons les limites de cette dernière et tenterons de proposer des pistes de réflexion et les perspectives potentielles de ce travail.

Partie 2 : Revue de la littérature

Chapitre 1 : les capacités intellectuelles

Le terme intelligence provient du latin « intelligere » qui signifie discerner, saisir et comprendre. Aujourd'hui, il n'existe pas de théorie unifiée ou de définition consensuelle de l'intelligence (Fournier, 2006). De nombreuses questions demeurent : l'intelligence est-elle innée ou acquise ? Est-elle unitaire ou multiple ? Depuis la fin du XX^e siècle, les connaissances relatives aux capacités et stratégies cognitives des enfants font de grands progrès.

1.1 Les conceptions du développement cognitif

Il existe différentes conceptions du développement cognitif de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Dans cette partie sont repris trois grands courants : le constructivisme piagétien, l'approche nativiste et l'approche évolutionariste ou néo-darwinienne.

1.1.1 L'approche constructiviste : Jean Piaget

En 1920, la psychologie est composée de deux grands courants : la Gestalt et le Béhaviorisme. Ces deux courants ont des visions opposées des connaissances ; la Gestalt considère que les connaissances sont innées tandis que le Béhaviorisme les perçoit comme acquises grâce aux interactions avec l'environnement. Selon Jean Piaget (Fournier, 2006), le développement de l'intelligence dépend d'un processus d'adaptation, dans lequel interagissent l'inné (les structures mentales) et l'acquis (le monde extérieur). Pour lui, l'enfant s'adapte à l'environnement selon ses structures biologiques internes.

Pour J. Piaget, l'enfant se construit des schèmes d'action, unités de comportement qui retiennent ce qui est transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à une autre. Piaget identifie deux types d'organisation des connaissances : l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation consiste, pour l'enfant, à étendre ses schèmes existants tandis que l'accommodation consiste à modifier des schèmes existants pour s'adapter à une nouvelle difficulté. Ainsi, Piaget décrit le développement de l'enfant comme une autorégulation, « c'est-à-dire une suite de compensations actives du sujet en réponse aux perturbations extérieures et d'un réglage rétroactif et anticipateur constituant un système permanent de telles compensations » (Piaget & Inhelder, 1966, pp. 124-125).

Selon Piaget, le développement de l'intelligence s'organise par stades dont l'ordre de succession

est constant. Il différencie quatre stades : le stade sensori-moteur chez les nourrissons de 0 à 2 ans, le stade pré-opératoire chez les enfants de 2 à 6 ans, le stade des opérations concrètes chez les enfants de 7 à 11 ans et le stade des opérations formelles à l'adolescence (Stassen Berger, 2012).

1.1.2 L'approche nativiste

Dans les années '70, la perspective piagétienne est remise en question. Le courant nativiste s'appuie sur de nouvelles techniques et méthodes d'observation, qui mettent en évidence des compétences cognitives précoces chez les enfants. Selon cette approche, le cerveau est pré-équipé à la naissance (Fournier, 2006) ; l'enfant possède donc de nombreuses capacités de manière innée. En 1964, Chomsky émet l'hypothèse de la présence d'une grammaire universelle chez les nouveau-nés. Selon cette théorie, « un ensemble commun de principes universels soutient chacune des langues présentes dans le monde [...]. Ceux qui [...] défendent cette position affirment que les enfants naissent "pré-équipés" de ces principes linguistiques et dotés de cet ensemble de paramètres, qui sont ensuite déclenchés par les informations linguistiques particulières qu'ils reçoivent » (Karmiloff-Smith & Karmiloff-Smith, 2006, p.101).

1.1.3 L'approche néo-darwinienne

L'approche néo-darwinienne rassemble les approches constructivistes et nativistes pour former le neuro-constructivisme. Selon ce dernier, le développement est co-déterminé par les données biologiques et environnementales. Pour cette approche, les contraintes biologiques (la génétique) sont canalisées par l'environnement. Le développement du cerveau de l'enfant dépend donc de son activité ; l'environnement sert alors « non seulement de déclencheur mais joue réellement un rôle vital dans le façonnement du résultat final en termes de structure et de fonction » (Karmiloff-Smith & Thomas, 2005). Selon eux, l'environnement façonne progressivement certains circuits cérébraux. À la suite de nombreuses expositions et d'un traitement prolongé, ces circuits vont ensuite se spécialiser. En d'autres termes, les modules adultes sont le résultat d'un processus très progressif de modularisation tout au long du développement (Karmiloff-Smith & Thomas, 2005).

1.2 Les théories de l'intelligence

De nombreuses théories sur l'intelligence se sont également développées. Partant de l'idée d'un facteur g (general intelligence), facteur unique représentant l'intelligence, il existe aujourd'hui des théories reprenant plusieurs types d'intelligence.

1.2.1 Spearman (1904) : une intelligence unique

Spearman, dès 1904, constate que toutes les tâches intellectuelles sont inter-corrélées (Grégoire, 2006) ; ce qui indique que l'intelligence représenterait un phénomène global. Selon lui, l'intelligence est une entité unique et mesurable : le facteur g (Racle, 1986).

Spearman utilise une nouvelle méthode statistique pour démontrer l'existence de son facteur g : l'analyse factorielle. « Il s'agit d'une procédure permettant d'identifier les variables latentes qui sous-tendent l'essentiel des différences interindividuelles observées dans les différentes épreuves utilisées » (Grégoire, 2006). Grâce à son analyse factorielle, il constate qu'un seul facteur suffit à expliquer la plus grande partie des différences entre les tâches intellectuelles.

1.2.2 Thurstone (1941) : une intelligence multi-factorielle

Thurstone remet en question l'hypothèse de l'existence d'un facteur g. Selon lui, l'intelligence est composée d'un ensemble d'activités premières, sans facteur dominant (Racle, 1986). Les progrès de l'analyse factorielle lui permettent de montrer qu'il peut exister un autre modèle factoriel, sans facteur g commun et constitué de plusieurs facteurs indépendants. Thurstone identifie cinq aptitudes mentales primaires (Primary Mental Abilities - PMA) : le facteur numérique, le facteur verbal, le facteur spatial, le facteur de fluidité verbale et le facteur de raisonnement (Grégoire, 2006). Avec Thurstone apparaît la théorie multifactorielle de l'intelligence. En 1947, il reconnaît la présence d'un facteur général de l'intelligence. Néanmoins, pour lui, ce facteur n'expliquerait qu'une part résiduelle de la variance, d'où la nécessité d'étudier davantage les aptitudes mentales primaires (Grégoire, 2000).

1.2.3 Cattell (1941) : un modèle hiérarchique de l'intelligence

En se basant sur l'analyse factorielle, Cattell a théorisé un modèle hiérarchique, où le facteur général est composé de deux formes d'intelligences : l'intelligence fluide et l'intelligence cristallisée.

L'intelligence fluide regroupe la capacité d'adaptation et la flexibilité dans la résolution de problèmes non familiers (Grégoire, 2000). Cette intelligence est innée et en grande partie héréditaire ; le milieu ne l'influence que peu. L'intelligence cristallisée, quant à elle, représente les connaissances et capacités accumulées tout au long de la vie des individus. Cette intelligence résulte donc d'un apprentissage influencé par l'éducation et la culture. L'intelligence cristallisée serait, au départ, dépendante de l'intelligence fluide, mais aussi de facteurs de

personnalité.

Dans un article de 1966 (Grégoire, 2000), Horn et Cattell affinent la théorie des intelligences fluide et cristallisée. Selon eux, trois autres facteurs s'ajoutent à ces deux types d'intelligence : la Visualisation Générale, la Facilité Générale et la Vitesse Générale.

1.2.4 Sternberg (1988) : la théorie triarchique

Selon Sternberg, les modèles et tests d'intelligence existants ne couvrent pas l'ensemble de celle-ci ; ces modèles porteraient essentiellement sur l'intelligence analytique, prônée par l'enseignement. Pour cet auteur, il existe trois types d'intelligences indépendantes : l'intelligence analytique, l'intelligence pratique et l'intelligence créative (Grégoire, 2006).

L'intelligence analytique est l'aspect componentiel de l'intelligence. Cet aspect comprend les composantes du traitement de l'information mises en œuvre pour résoudre un problème. Ces composantes concernent la capacité des individus à acquérir des connaissances, les encoder, les combiner, les comparer et à résoudre des problèmes. L'intelligence pratique est l'aspect contextuel. Cet aspect concerne l'application pratique de l'intelligence dans un environnement donné. Cette intelligence permet une bonne adaptation au contexte par des connaissances tacites, qui sont acquises de manière implicite. L'intelligence créative est l'aspect expérientiel de l'intelligence. Ceci fait référence à la manière dont les individus réagissent et traitent la nouveauté.

1.2.5 Gardner (1993) : les intelligences multiples

En 1983, Howard Gardner réfute l'hypothèse d'une intelligence unitaire, mesure limitée selon lui. Pour lui, l'individu peut avoir une déficience dans une dimension de l'intelligence, sans pour autant en présenter une pour les autres dimensions. De même, il peut se montrer très performant dans un domaine, sans pour autant l'être dans tous les domaines. Il propose l'existence de huit intelligences indépendantes : l'intelligence linguistique, logico-mathématique, musicale, spatiale, kinesthésique, interpersonnelle, intrapersonnelle et naturaliste (Grégoire, 2006).

Pour évaluer l'intelligence de l'enfant, Gardner choisit de le placer dans des environnements riches, en milieu naturel, et non dans des laboratoires standardisés. Cet auteur privilégie l'observation en milieu naturel à une passation de tests ; cette approche permet des observations qualitatives intéressantes. Néanmoins, le modèle décrit par Gardner ne possède aucune preuve

empirique appuyant l'indépendance des différentes formes d'intelligence qu'il propose (Grégoire, 2006). Ainsi, cette indépendance est davantage postulée que démontrée.

1.2.6 Carroll (1993) : un modèle hiérarchique à trois niveaux

Carroll, en 1993, crée un modèle hiérarchique de l'intelligence, qui se présente sur trois niveaux (Jumel, 2017). Au niveau supérieur (niveau 3), nous retrouvons le facteur d'intelligence générale, tel qu'il était perçu par Spearman. Au niveau médian (niveau 2), nous retrouvons huit aptitudes qui représentent les « caractéristiques de base durables des individus, qui gouvernent ou influencent une grande variété de conduites dans un domaine considéré » (Carroll, 1993, p. 634). Ces huit facteurs sont : l'intelligence fluide, l'intelligence cristallisée, la mémoire générale et l'intelligence, la perception visuelle, la perception auditive, la mémoire de rappel, la vitesse cognitive et la vitesse de décision. Le niveau inférieur (niveau 1) regroupe soixante-neuf aptitudes précises.

1.2.7 Le modèle CHC : Cattell - Horn - Carroll (2000)

Le Modèle CHC s'inspire de la théorie des intelligences cristallisées et fluides de Cattell- Horn ainsi que du modèle hiérarchique de Carroll (Jumel, 2017). L'idée principale de ce modèle est que les capacités cognitives sont représentées selon une structure hiérarchique, dans laquelle des facteurs étroits (niveau 1) induisent des aptitudes plus larges (niveau 2), prédisant le facteur général de l'intelligence (niveau 3). Cette théorie reprend plus de septante aptitudes de niveau 1. Ensuite, au niveau 2, nous retrouvons dix aptitudes principales : l'intelligence cristallisée, l'intelligence fluide, le traitement visuel, la mémoire à court terme, la vitesse de traitement, le traitement auditif, la vitesse de réaction, l'aptitude à récupérer des informations à long terme, les connaissances quantitatives et les capacités de lecture et d'écriture.

1.3 Les tests d'efficience intellectuelle

Les premiers tests d'intelligence apparaissent au début du XX^e siècle. Aujourd'hui, il existe deux tests principaux évaluant le quotient intellectuel de l'enfant : le K-ABC de Kaufman et la WISC-V de Wechsler.

1.3.1 Binet-Simon (1905)

En 1905, l'échelle de Binet-Simon a pour but de dépister les enfants ne pouvant suivre le système éducatif normal. À la demande du gouvernement français, Alfred Binet et Théodore Simon publient une échelle métrique de l'intelligence, mesurant le développement de

l'intelligence des enfants en fonction de leur âge. Pour ce test, l'enfant doit répondre à une série de questions le plus clairement possible pour obtenir ensuite son âge mental. Cette échelle est ensuite affinée par Terman et ses collègues de Stanford en 1916.

1.3.2 Le Kaufman-Assessment Battery for Children (1983 - 2004)

En 1983, à partir des recherches en psychologie cognitive et en neuropsychologie, Kaufman crée une mesure d'intelligence : la K-ABC. Cet instrument évalue le développement cognitif et intellectuel de l'enfant. La première version du test, publiée en 1983, est révisée en 2004. Le K-ABC-II s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans et 11 mois. Il se base sur le modèle neuropsychologique de Luria et sur le modèle multifactoriel de Cattell-Horn et Carroll. Lors de son utilisation, le psychologue peut choisir un de ces deux modèles de référence, selon ses objectifs et sa sensibilité. Ce test permet de calculer trois notes globales : l'Indice des Processus Mentaux (modèle de Luria), l'Indice Fluide-Cristallisé (modèle CHC) et l'Indice Non Verbal (Kaufman, Kaufman, Melchers, & Melchers 2015). L'apport principal du K-ABC est qu'il permet une évaluation de l'intelligence en termes de processus, et non en termes de connaissances acquises (ce qui est le cas pour les échelles de Binet et de Wechsler). Ce test permet de dresser le profil de chaque enfant.

1.3.3 Les échelles d'intelligence de Wechsler

En 1939, Wechsler publie sa première échelle d'intelligence : la « Wechsler-Bellevue Intelligence Scale (WBIS) ». Cette échelle se base sur l'idée d'une intelligence globale, mais évalue également différentes aptitudes. Ainsi, cette échelle est divisée en deux aptitudes : une Verbale et l'autre de Performance (Wechsler, 2016). Pour Wechsler, ses tests ne doivent pas mesurer purement l'aptitude intellectuelle des individus ; c'est pourquoi il décide de développer des subtests afin de quantifier davantage l'intelligence. Il reprend différents aspects cognitifs tels que la compréhension verbale, le raisonnement abstrait, l'organisation perceptive, le raisonnement quantitatif, la mémoire et la vitesse de traitement.

Quelques années plus tard, Wechsler publie trois autres échelles d'intelligence : la WAIS, la WISC et la WPPSI. La WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) s'adresse aux adultes de seize ans à septante neuf ans et onze mois. La WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) évalue les enfants âgés de six à seize ans et onze mois. La WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) est utilisée avec les enfants d'âge préscolaire et primaire de quatre à six ans et six mois. De nombreuses révisions ont permis d'améliorer et d'enrichir ces

échelles.

Dans les années 2000, la théorie CHC (Cattell - Horn - Carroll) impacte la construction des tests de Wechsler. Ainsi, dans la WISC-IV, Wechsler élimine la distinction entre les QI Verbal et de Performance et remplace différents indices pour adhérer davantage à cette théorie CHC (Jumel, 2017).

1.4 Résumé du chapitre

En résumé, le concept de capacités intellectuelles a beaucoup évolué ces dernières décennies.

Concernant le développement cognitif de l'enfant, deux visions opposées se sont développées : celle d'une capacité innée et celle d'une capacité acquise. En 1920, Jean Piaget développe une théorie du développement cognitif dans laquelle il lie structure biologique de l'enfant et environnement. Selon lui, les enfants se développent selon différents stades, successifs et nécessaires aux suivants, qui dépendent de l'adaptation de l'enfant à son environnement selon ses structures biologiques internes. Ensuite, dans les années '70 apparaît l'approche nativiste, selon laquelle les nouveau-nés présentent de nombreuses capacités innées. Enfin, l'approche neuro-constructiviste postule que le développement cognitif de l'enfant dépend de sa génétique et de son activité. Ainsi, il semblerait que les enfants possèdent, dès leurs premières heures de vie, de nombreuses capacités. Ensuite, c'est au contact de l'environnement que certains circuits neuronaux se spécialiseront, au dépend d'autres circuits.

De nombreuses théories sur l'intelligence se sont également développées. Partant de l'idée d'un facteur g, facteur unique représentant l'intelligence avec Spearman, il existe aujourd'hui des théories reprenant plusieurs types d'intelligence. Au début du XX^e siècle, Spearman émet donc l'hypothèse qu'il existe un facteur commun d'intelligence, le facteur g. À cette époque apparaissent les premiers tests d'intelligence, qui tentent d'établir des classifications d'individus selon leur niveau de fonctionnement cognitif global. C'est alors qu'est aussi créé le premier test d'intelligence métrique : l'échelle de Binet-Simon, qui dépiste les enfants ne pouvant suivre le système éducatif normal. Par la suite, en 1939, Wechsler crée la « Bellevue Intelligence Scale », échelle différenciant l'intelligence verbale de l'intelligence de performance. Pendant les années '50, différents auteurs rejettent l'hypothèse d'un facteur g commun. En 1941, Thurstone identifie cinq aptitudes mentales primaires, tandis que Cattell, lui, décompose le facteur général en deux

formes d'intelligence : l'intelligence fluide et l'intelligence cristallisée. Par la suite, Sternberg et Gardner proposent des modèles d'intelligence multiples, le premier identifiant trois types d'intelligence et le second huit. Dans les années '90, Carroll réintègre le concept de facteur g commun à l'intelligence, qu'elle propose dans un modèle hiérarchique à trois niveaux. Enfin, en 2000, est créé le modèle CHC, modèle s'inspirant de la théorie des intelligences cristallisées et fluides de Cattell - Horn ainsi que du modèle hiérarchique de Carroll. Ce modèle représente les capacités cognitives selon une structure hiérarchique, dans laquelle des facteurs étroits (niveau 1) induisent des aptitudes plus larges (niveau 2), prédisant le facteur général de l'intelligence (niveau 3). De nos jours, les échelles K-ABC et les échelles de Wechsler se basent sur ce modèle Cattell - Horn - Carroll pour mesurer l'intelligence chez les enfants.

2. Chapitre 2 : le traumatisme psychique chez l'enfant

2.1. Définition, épidémiologie et diagnostic du psychotraumatisme

Le terme « trauma » tire ses origines du mot grec « traumatos », qui signifie blessure (Decam, 2012). Ainsi, le psychotraumatisme renvoie à une blessure psychique faisant suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatisant. Un tel événement implique une menace contre sa vie ou son intégrité physique, qui induit un sentiment d'horreur, d'effroi et d'impuissance. Selon Louis Crocq (1999), le traumatisme psychique est un « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les 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 ».

Les accidents, les agressions, le harcèlement, la maltraitance ou encore le fait d'être témoin de violence sont des événements potentiellement traumatisants pour un enfant. Ces événements seraient vécus par 25% (Costello, Erkanli, Fairbank, & Angold, 2002) à 67% (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007) des enfants et adolescents aux États-Unis. Tous les enfants exposés à ce type d'événement ne développeront pas de trouble du stress post-traumatique (TSPT) ; un même événement pouvant être vécu différemment selon la sensibilité et l'histoire de l'enfant. La prévalence chez les enfants est de 1% ; ce qui est analogue à la prévalence chez les adultes (Kedia & Sabouraud-Séguin, 2013).

Le diagnostic du trouble du stress post-traumatique a évolué au fil des années. De nos jours, le CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 2017) reprend ce trouble parmi les « réactions à

un facteur de stress important et troubles de l'adaptation ». Le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2016), lui, le situe dans la catégorie des « troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress ». Ceci démontre l'évolution du concept de ce trouble, lequel était précédemment considéré comme un trouble anxieux (APA, 1994). Selon le DSM-5 (APA, 2016), le trouble du stress post-traumatique peut être de différents types : avec symptômes dissociatifs ou à expression retardée.

Les symptômes dissociatifs peuvent être de deux sortes (APA, 2016, pp. 351-352) : dépersonnalisation (expérience de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses propres processus mentaux ou de son corps) ou déréalisation (expérience d'un sentiment d'irréalité de l'environnement). L'état de stress post-traumatique est à expression retardée lorsque l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (APA, 2016).

Le DSM-5 (APA, 2016) différencie les critères diagnostiques des adultes et des enfants de 6 ans ou moins. Les réactions des enfants de plus de 6 ans sont considérées comme identiques à celles des adultes. On retrouverait principalement les trois grands symptômes décrits chez les adultes que sont le syndrome de répétition avec reviviscences, l'évitement et l'inhibition, et l'hyperactivité neurovégétative.

Les symptômes d'un trouble du stress post-traumatique diffèrent selon l'âge des enfants. Selon Ford (2009), les enfants de moins de 5 ans n'auraient pas les capacités mentales pour comprendre et communiquer ce qu'ils ressentent. Ils peuvent montrer la présence d'un trouble du stress post-traumatique par leur irritabilité, leur retrait, la perturbation de leur comportement ou par leur jeu, organisé autour des événements stressants qu'ils ont vécus. Les enfants en âge scolaire peuvent exprimer des peurs, des doutes, un manque de confiance, une tristesse inconsolable, des évitements ou un sentiment de menace dans le jeu. Ces enfants ont tendance à se blâmer, à se sentir coupables et désespérés. Ils peuvent devenir irritables, opposants, impulsifs et agressifs envers les adultes et les pairs ou au contraire s'isoler et se sentir déprimés.

En outre, les enfants peuvent manifester divers troubles non spécifiques au trouble du stress post-traumatique. Ainsi, selon Josse (2011), il n'est pas rare qu'un enfant développe un trouble anxieux, un trouble dépressif, un trouble psychosomatique, des comportements régressifs, des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissage à la suite d'un psychotraumatisme.

2.1.1 Le syndrome de reviviscence

Le syndrome de reviviscence représente les impressions qu'a l'enfant de revivre l'événement potentiellement traumatisant (Vila, 2006). Ces reviviscences surviennent de manière intrusive, hors de la volonté de l'enfant, et sont source d'anxiété.

Selon Josse (2011), les reviviscences peuvent apparaître sous différentes formes : des flash-back, des souvenirs répétitifs, des cauchemars, l'impression que l'événement pourrait se renouveler, la présence de phénomènes moteurs élémentaires et des conduites de répétitions et jeux répétitifs.

Les flash-back sont de brèves hallucinations donnant l'impression de revivre l'événement traumatisant. Ces types de reviviscences sont davantage présentes chez les adultes, mais sont particulièrement anxiogènes pour des enfants en bas âge, chez qui le réel et l'imaginaire se confondent (Vila, 2006). Alors que les adultes se plaignent de présenter des pensées intrusives à tout moment, chez les enfants, les souvenirs désagréables apparaissent davantage quand ils s'ennuient, sont inoccupés et vont dormir (Josse, 2011). Concernant les cauchemars, les enfants vivent moins de cauchemars de répétition que les adultes. Chez les jeunes, les rêves effrayants n'ont souvent que très peu de ressemblance avec l'événement initialement traumatisant (Josse 2011). Comme l'adulte, l'enfant peut avoir l'impression que l'événement pourrait se répéter, que le danger guette ; et ce d'autant plus qu'il perçoit des stimuli extérieurs (bruits, images, sons,...) lui rappelant l'événement. Chez les enfants ayant vécu un traumatisme, nous retrouvons également des phénomènes moteurs élémentaires ; l'enfant va sursauter davantage ou se recroqueviller (Josse, 2011). Chez les enfants, les conduites de répétition sont souvent présentes au travers du jeu. Les jeux sont alors répétitifs, l'enfant reproduisant en acte l'événement vécu. Lors de ces jeux, l'enfant n'éprouve pas de plaisir, au contraire de ses jeux habituels (Vila, 2006).

2.1.2 Le syndrome d'évitement

Comme chez l'adulte, nous retrouvons chez l'enfant des conduites d'évitement : l'enfant fuit les personnes, les lieux, ou les situations qui lui rappellent l'événement traumatisant (Josse, 2011). Le syndrome d'évitement peut s'accompagner d'une restriction des affects et d'une anesthésie affective. Néanmoins, l'anesthésie affective, la réduction des intérêts et le sentiment de détachement sont plus rares chez l'enfant que chez l'adulte (Vila, 2006). Lorsque l'enfant présente ces symptômes, il perd confiance en lui, se sent vulnérable et est convaincu que

d'autres drames se produiront. Chez l'enfant, ce syndrome serait davantage présent sous forme de peurs spécifiques, de phobies inhabituelles et tenaces (Vila, 2006).

2.1.3 L'hyperactivité neurovégétative

L'hyperactivité neurovégétative résulte d'une activation du système neurovégétatif, aussi appelé système nerveux autonome (Josse, 2011). Ce système nerveux autonome est constitué des systèmes orthosympathiques et parasymphathiques. L'exposition à un événement traumatisant peut conduire à un dérèglement de ce système nerveux, en surstimulant le système sympathique. Cela impacte l'enfant : il peut présenter des difficultés d'endormissement et des réveils multiples, un état d'alerte, une hypervigilance, des réactions exagérées de sursaut, une irritabilité, des excès de colère, des troubles de l'attention et de la concentration et des plaintes somatiques (Vila, 2006).

En outre, chez l'enfant, des régressions et des manifestations d'anxiété de séparation sont fréquentes. Ainsi, à la suite d'un événement traumatisant, il n'est pas rare qu'un enfant souffre d'énurésie ou d'encoprésie secondaire, qu'il recommence à sucer son pouce ou à avoir besoin d'un parent pour dormir.

2.2. De l'exposition à un événement potentiellement traumatisant au développement d'un trouble du stress post-traumatique

2.2.1 Phase immédiate

Lors de l'exposition à une menace, l'individu présente immédiatement une série de réactions. Ces réactions aiguës sont instinctives et sont des tentatives de survie face à un événement menaçant sa vie ou étant psychologiquement douloureux (Ford, 2009). Ces réactions apparaissent assez fréquemment et sont définies comme « une réaction normale à des circonstances anormales » (Herman, 1992). La plupart du temps, cette réaction immédiate est adaptative et permet de faire face à un événement menaçant. Le stress est alors considéré comme « adaptatif » (Josse, 2007). Cependant, lorsque les réactions de stress aiguës sont déstabilisantes plutôt qu'aidantes, le stress sera considéré comme « dépassé » (Ford, 2009). Selon Josse (2011), les enfants auraient tendance à réagir par un stress « dépassé » plutôt qu'« adapté » car ils n'ont pas encore les compétences sociales nécessaires. Lors de ces réactions de stress dépassé, l'enfant peut être comme paralysé, immobilisé ; lorsque l'enfant est en état de sidération stuporeuse, il ne sait plus bouger. Lors d'un stress dépassé, l'enfant peut également présenter de l'agitation, des réactions automatiques ou fuir la situation. Selon Ford

(2009), lorsqu'un enfant présente de fortes réactions de stress lors de l'exposition à une menace, il est plus à risque de développer un trouble du stress post-traumatique.

2.2.2 Phase post-immédiate

Lors de la phase post-immédiate, le stress s'éteint et peut laisser place à une « réaction aiguë à un facteur de stress » (OMS, 2017) ou « trouble de stress aigu » (APA, 2016). Le trouble de stress aigu concerne les enfants qui vivent une détresse significative durant le premier mois suivant l'événement potentiellement traumatisant.

2.2.3 Phase différée

C'est lors de cette phase différée qu'apparaît le trouble du stress post-traumatique. Pour faire ce diagnostic, il faut que l'événement ait eu lieu au moins un mois auparavant. Le syndrome central inclut le syndrome de répétition avec reviviscences, l'évitement et l'inhibition, et l'hyperactivité neurovégétative.

2.3. Altérations cognitives associées au syndrome de stress post-traumatique

Le traumatisme psychologique peut avoir un impact sur le cerveau en modifiant un cerveau focalisé sur l'apprentissage en un cerveau focalisé sur la survie (Ford, 2009). Le cerveau focalisé sur l'apprentissage est engagé dans l'exploration, conduit et renforcé par la recherche d'un équilibre entre nouveauté et familiarité. Le cerveau focalisé sur la survie cherche à anticiper, prévenir et protéger notre corps contre d'éventuels dangers. Le « learning brain » et le « survival brain » (Ford, 2009, p. 127) ont les mêmes capacités et mêmes processus, mais leur orientation et leur utilisation sont différentes. Le cerveau focalisé sur la survie réagit selon des processus automatiques et inconscients pour tenter d'échapper à une menace, altérant ainsi l'habileté à réguler ses émotions, à penser et à se rappeler clairement.

Le DSM-5 (APA, 2016, p.351) reprend sept facteurs associés à des « altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques ». Ces sept facteurs sont :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou les drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est

complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Chez les enfants de 6 ans ou moins sont présentes les caractéristiques d'augmentation de la fréquence des états émotionnels négatifs, la réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien la réduction de la participation à ces activités (jeu compris), un comportement traduisant un retrait social et la réduction persistante de l'expression des émotions positives (APA, 2006).

2.4 Facteurs de risque et de protection

Selon Martini, Marchand, Boyer, Martin et Collacciani (2008), les facteurs de risque « contribuent à la probabilité que l'exposition à un événement traumatique ait des conséquences à long terme sur la santé mentale ». À l'opposé, les facteurs de protection « contribuent à maintenir l'équilibre des individus après un événement traumatique et facilitent leur adaptation en prévenant le développement de symptômes post-traumatiques ou en atténuant leur intensité ».

Nous pouvons regrouper les facteurs de risque selon trois catégories : les caractéristiques de l'événement potentiellement traumatisant, les variables liées au milieu de récupération et les variables liées à l'enfant (Josse, 2011).

2.4.1 Les caractéristiques de l'événement potentiellement traumatisant

Selon Josse (2011), le vécu de l'enfant face à un événement est fonction de sa nature, de sa durée et de sa fréquence. Ainsi, le type d'événement, la sévérité des blessures, la perception et les réactions de l'enfant au moment de l'événement peuvent impacter l'apparition d'un psychotraumatisme.

Un événement potentiellement traumatisant peut être de deux types : un événement unique, imprévisible et circonscrit dans le temps (type I) ou un événement récurrent (type II). Parmi les événements de type I se retrouvent les catastrophes naturelles, les accidents, les cambriolages ou encore les deuils violents. Parmi les événements de type II se trouvent les violences sexuelles, la maltraitance physique et psychologique ou encore les guerres. Selon Josse (2011), les événements récurrents (type II) sont davantage associés au TSPT. En outre, les symptômes seraient plus sévères lorsque les événements sont récurrents. Néanmoins, pour Nugent (2006), le type d'événement traumatisant n'influence pas l'apparition d'un TSPT chez les enfants de 6 semaines et 6 mois.

Selon Martin, Germain et Marchand (2006), plusieurs études ont prouvé que la sévérité de l'événement traumatique est un facteur de développement de TSPT. Ainsi, plus l'événement serait grave, plus l'enfant serait susceptible de développer un psychotraumatisme. Néanmoins, ces auteurs soulèvent que d'autres études (Hillman, 1981 ; Shalev, Peri, Canetti et Schreiber, 1996 ; cités par Martin, Germain et Marchand, 2006) ne démontrent pas de résultats significatifs concernant l'impact de cette variable. Souvent, lorsque les événements entraînent des blessures corporelles, l'enfant est plus à risque de développer un TSPT. Ainsi, pour Josse (2011), la blessure corporelle influencerait le vécu de l'enfant face à un événement stressant ; les accidents seraient plus néfastes lorsqu'ils entraînent des blessures graves. Cependant, Nugent (2006) ne trouve pas d'association entre la gravité de la blessure de l'enfant et ses symptômes de TSPT.

Dans une étude de Landolt, Vollrath, Timm, Gnehm et Senshauser (2005), il a été prouvé que la perception qu'ont les enfants d'un événement potentiellement traumatique est liée à l'apparition d'un TSPT. Ainsi, plus l'enfant évaluait l'événement comme menaçant, plus il était susceptible de présenter des symptômes post-traumatiques 4 à 6 semaines et 12 mois après un accident de la route.

En conclusion, le type d'événement, la gravité des blessures ou la perception que l'enfant se fait de l'événement semblent impacter l'enfant et sa probabilité de développer un psychotraumatisme. Néanmoins, les liens entre ces variables sont encore à explorer, les auteurs trouvant des résultats contradictoires.

2.4.2 Les variables liées au milieu de récupération

Selon Josse (2011), les réactions des enfants et des adolescents à la suite de situations stressantes sont modulées par des facteurs contextuels, et en particulier familiaux. Les facteurs familiaux sont décrits par Taïeb et al. (2003) comme « la réaction des parents, leur disponibilité, leur fonctionnement psychique, leurs éventuels antécédents psychopathologiques et la qualité des interactions entre les différents membres de la famille ».

En 2010, Morris (cité par Kairis, 2013) a montré que la chaleur parentale permettait de prédire les symptômes de l'enfant tandis que Valentino, Berkowitz, & Stover (2010) ont montré que les enfants présentaient plus de difficultés d'ajustement avec des pratiques parentales hostiles et coercitives. Selon Josse (2011), les tensions conjugales et intrafamiliales, les relations problématiques entre l'enfant et son entourage et la présence de facteurs de stress familiaux (précarité socio-économique, famille nombreuse,...) sont liées à peu de mécanismes de soutien lors de situations adverses. Au contraire, l'absence de conflit, une cohésion familiale et des relations de qualité permettent de meilleurs soutiens.

Josse (2011) reprend aussi la stabilité du milieu de vie comme étant un facteur d'atténuation du sentiment de chaos éprouvé par l'enfant. Ainsi, reprendre une routine permet à l'enfant d'expérimenter à nouveau un sentiment de continuité et de sécurité.

De nombreuses études ont prouvé que le fonctionnement familial impacte le développement d'un trouble de stress post-traumatique chez les enfants. Ainsi, selon Zuber et Sadlier (2008), les réactions des parents concernant l'événement et leur capacité à en parler impactent les enfants. Josse (2011) explique que les enfants sont sensibles à l'absence ou à la présence des parents, ainsi qu'à leur réaction à la suite de l'événement stressant. Pour appuyer cette hypothèse, Nugent et al (2006) ont également démontré que la réaction des parents lors de l'événement est importante pour l'enfant et que cela influence le développement d'un TSPT.

2.4.3 Les variables liées à l'enfant

Parmi les variables liées à l'enfant, nous retrouvons l'âge, le sexe et les capacités intellectuelles de l'enfant. Malheureusement, les données concernant l'influence de ces variables chez les enfants sont contradictoires et demandent davantage de recherches. Nous aborderons, dans cette section, l'influence de l'âge et du sexe de l'enfant. L'influence de l'intelligence sera abordée dans la section suivante.

Concernant l'âge de l'enfant, une étude de Kassam-Adam et Winston (2004) indique que les enfants d'âge scolaire sont plus à risque de présenter un TSPT que des adolescents à la suite d'un accident de la route. A contrario, en 2008, Hizli, Taskintuna, Isikli, Kilic et Zileli constatent que les enfants âgés de 8 à 13 ans présentent de moins hauts taux de TSPT que ceux âgés de 14 à 18 ans à la suite d'un tremblement de terre. Une étude de Meiser-Stedman et al. (2007) étudiant l'impact de l'âge sur le développement d'un TSPT à la suite d'un accident de la route et d'une agression n'a, quant à elle, trouvé aucune différence significative en fonction de l'âge de l'enfant.

Concernant le sexe de l'enfant, différentes études (Nugent, Ostrowski, Christopher, & Delahanty, 2006 ; Stallard, Velleman, & Baldwin, 1998 ; cités par Kairis, 2013) ont démontré que les filles sont plus à risque de développer un psychotraumatisme que les garçons. Néanmoins, de nombreuses études n'ont pas trouvé cette relation entre le sexe de l'enfant et sa probabilité de développer un psychotraumatisme (Meiser-Stedman et al., 2007).

2.5 L'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur le développement d'un traumatisme psychique

Bien que les résultats concernant l'influence de l'intelligence sur le développement d'un psychotraumatisme chez l'enfant soient contradictoires, il semblerait que le développement cognitif de l'enfant influence son interprétation de l'événement et sa capacité à exprimer son ressenti. L'évidence du rôle de l'intelligence dans les réactions psychiatriques des enfants à l'égard de l'adversité familiale a été prouvée pour de nombreux troubles, mais pas pour le TSPT (Fergusson, Lynskey, 1996 ; Breslau, Lucia, & Alvaro, 2006). Selon Dumont et Plancherel (2001, p. 126), une « grande partie des enfants déficients réagissent aux stressseurs selon un registre limité où la passivité et les conduites émotionnelles spectaculaires (crier, pleurer, agressivité) sont dominantes ».

2.5.1 Une intelligence supérieure comme facteur de protection au psychotraumatisme

De nombreuses études ont trouvé un lien significatif entre le niveau intellectuel et la probabilité de développer un psychotraumatisme. Ainsi, différents auteurs démontrent que des capacités intellectuelles élevées sont liées à une plus faible probabilité de développer un traumatisme psychique.

Dans une étude de 1995 sur des soldats vietnamiens, McNally et Shin constataient que plus

l'intelligence d'un sujet est faible, plus ses symptômes de TSPT sont graves. Afin de vérifier que la faiblesse des capacités intellectuelles n'était pas due à l'exposition à un trauma, ces auteurs ont contrôlé les effets de l'exposition au combat. Ils constatent alors que le contrôle des effets de l'exposition n'a pas diminué la corrélation entre les symptômes du TSPT et l'intelligence. Ainsi, ces auteurs réfutent l'idée que la relation entre le QI et le TSPT est due à une toxicité du trauma sur l'intelligence de l'individu. Bien que des problèmes cognitifs puissent résulter du TSPT, ils peuvent également servir de facteurs de risque au développement d'un psychotraumatisme.

En 1998, une seconde étude (Macklin et al.) réalisée sur des soldats vietnamiens montrait que ceux qui présentaient une intelligence basse avant le combat avaient plus de chances de développer des symptômes d'un trouble du stress post-traumatique. De la même façon, selon une étude réalisée par Silva et al. (2000), le QI de l'enfant serait négativement lié au risque de TSPT.

Ensuite, en 2002, Gilbertson et al. constataient que les individus souffrant d'un trouble de stress post-traumatique présentent un volume réduit de l'hippocampe. Selon Laroche (2001), un dysfonctionnement en mémoire explicite peut être attribué à un dysfonctionnement de l'hippocampe. Ainsi, celui-ci joue un rôle critique dans les fonctions d'apprentissage et de mémoire. Un faible volume hippocampique pourrait donc constituer le corrélât anatomique des déficits mnésiques liés au PTSD. L'étude de Gilbertson et al. avait pour but de déterminer si ce volume réduit prédisait la vulnérabilité à un traumatisme psychique, ou si le traumatisme avait pour effet de réduire le volume hippocampique de ses victimes. Pour ce faire, ils étudièrent le volume hippocampique des jumeaux de soldats qui présentaient un TSPT grave à la suite de l'exposition à un traumatisme. Leur étude démontra que le faible volume hippocampique préexiste à l'apparition du TSPT. Ainsi, le volume hippocampique semble correspondre à une vulnérabilité familiale, plutôt qu'être le produit de la toxicité du TSPT.

En 2006, une étude longitudinale (Breslau, Lucia, & Alvarado) permet de confirmer le lien entre l'intelligence pré-traumatique des enfants et leurs symptômes post-traumatiques. Cette étude longitudinale évaluait le QI de différents enfants à 6 ans, puis, à 17 ans, évaluait chez eux la présence d'un trouble du stress post-traumatique. Cette étude a montré que les enfants âgés de 6 ans avec un quotient intellectuel (QI) dépassant 115 risquaient moins d'être exposés à différents traumatismes à l'âge de 17 ans. Selon leurs résultats, les scores de QI entre 101 et

115 n'avaient pas d'impact sur les symptômes ou le diagnostic de TSPT. Ainsi, un QI moyen ne suffirait pas à diminuer le risque de développer un trouble du stress post-traumatique. Les données suggèrent qu'un haut QI (115) protège les personnes exposées au développement d'un trouble du stress post-traumatique. Elles ont également montré que les comportements perturbateurs et un faible QI pendant l'enfance interagissent avec l'environnement social en amplifiant leurs effets néfastes avec le temps.

En 2006 également, Gilbertson émet l'hypothèse qu'une haute intelligence joue un rôle protecteur ou tampon face aux situations stressantes. Selon lui, lorsque les compétences augmentent au-dessus du niveau de performance moyen, la probabilité de développer un TSPT chronique diminue. A contrario, pour cet auteur, une faible intelligence ne serait pas un facteur de risque de TSPT ; il n'a trouvé aucune preuve d'un faible QI chez les personnes ayant reçu un diagnostic de TSPT.

En 2007, Kremen et al. ont réalisé une étude évaluant les liens entre les compétences cognitives de jumeaux et leur risque de développer un TSPT. Cette étude s'est déroulée auprès de 2386 Vietnamiens ayant effectué leur service militaire vers l'âge de 19 ans, ayant été exposés à des événements potentiellement traumatisants et ayant subi des tests cognitifs avant l'exposition. Les données de ces auteurs confirment que de faibles capacités cognitives avant l'événement représentent un facteur de risque au développement d'un trauma (et qu'une capacité cognitive pré-exposition plus élevée est protectrice). Ainsi, comme dans les études précédentes, leurs données réfutent l'hypothèse que les différences de compétences cognitives sont consécutives à l'exposition à un événement traumatisant. En outre, le fait que cette étude porte sur des jumeaux renforce cette conclusion et suggère que les influences génétiques jouent un rôle significatif dans la relation entre le risque de TSPT et la capacité cognitive avant l'exposition.

Enfin, dans la même année, une autre étude (Qouta, Punamäki, Montgomery, & El Sarraj, 2007) a montré que les adolescents palestiniens avaient plus de chances de présenter des syndromes de TSPT s'ils avaient expérimenté la violence militaire, des événements stressants et s'ils étaient dotés de faibles capacités cognitives et d'un haut niveau de neuroticisme pendant l'enfance.

Cependant, toutes les recherches sur le sujet ne démontrent pas de lien entre le quotient intellectuel et le trouble du stress post-traumatique. Dans une recherche sur des anciens combattants, Yehuda et al. (1995) constataient que ceux-ci montraient des capacités normales

concernant l'attention initiale, la mémoire immédiate, l'apprentissage cumulatif et l'interférence active des apprentissages précédents.

De même, en 2004, Twamley, Hami et Stein n'ont trouvé aucune différence de QI (WAIS-III) entre les adolescents qui présentaient un TSPT et ceux ne présentant pas de TSPT. L'échantillon comprenait 146 sujets exposés à un traumatisme et 89 sujets de comparaison sans traumatisme. Les adolescents avaient été soumis à des tests d'attention, de mémoire de travail, de troubles psychomoteurs, de vitesse de génération de mots et de fonctionnement exécutif.

2.5.2 Les capacités verbales comme facteur de protection au psychotraumatisme

Dans leur recherche, Saltzman, Weems et Carrion (2006) expliquent que ces résultats contradictoires pourraient refléter un lien plus compliqué entre le QI et le trauma. Ainsi, examiner les trois grands symptômes du TSPT (reviviscence, évitement et hyperactivité neurovégétative) et les deux grands types d'intelligence (le QI verbal et de performance) séparément pourrait permettre de détecter plus précisément la relation entre le QI et le TSPT. Ils ont par ailleurs constaté qu'un haut QI verbal était négativement associé au nombre de traumas et de symptômes de reviviscence. Pour ces auteurs, il y a différentes explications possibles à ces résultats. Si un QI verbal inférieur est effectivement un facteur de risque, plusieurs mécanismes peuvent affecter les symptômes de reviviscence. Par exemple, des niveaux plus élevés de QI verbal peuvent accroître la capacité de consolidation des souvenirs traumatiques via un récit personnel, méthode verbale de lutte contre la réapparition de symptômes. En outre, des niveaux plus élevés de QI verbal prémorbides pourraient permettre aux victimes de mieux évaluer le traumatisme et l'expérience post-traumatique, d'augmenter leur efficacité personnelle et d'identifier et mettre en œuvre des stratégies d'adaptation efficaces face au traumatisme. Cependant, il est également possible qu'une performance plus faible en QI verbal soit un marqueur du TSPT et qu'elle amène à davantage de symptômes de reviviscence après un événement traumatique. Les symptômes de reviviscence sont, par définition, intrusifs et distrayants, et peuvent détourner les ressources attentionnelles, nuire au rendement du test de QI verbal et sous-estimer ainsi la véritable aptitude cognitive.

D'autres recherches ont différencié le QI verbal et le QI de performance pour évaluer la relation avec le trouble du stress post-traumatique. Vasterling et al. (1997) ont démontré qu'un QI verbal élevé constituerait un facteur protecteur au développement d'un TSPT chez des vétérans de la guerre du Golf. Selon ces auteurs, l'intelligence verbale pourrait améliorer la médiation verbale

et amener à des formes efficaces de coping, comme la formation de récits narratifs dans l'assimilation de souvenirs et d'émotions traumatiques ou la mise en place d'un meilleur réseau de support social.

Une recherche de Diamond, Muller, Rondeau et Rich (2001) prouve que le facteur B (reviviscences) du DSM IV pour le diagnostic de TSPT était associé négativement au QI verbal et au QI total chez les adultes qui avaient vécu un abus sexuel pendant l'enfance.

En 2006, une étude de Saigh et al. a comparé les scores de l'échelle Wechsler pour enfants chez des jeunes traumatisés présentant un trouble de stress post-traumatique (TSPT) aux scores des groupes témoins non traumatisés, mais exposés à un traumatisme, et non exposés. Les résultats de cette recherche démontrent que les participants atteints du TSPT ont eu un rendement inférieur à celui des témoins. Selon ces auteurs, bien que les enfants et les adolescents atteints du TSPT aient un QI significativement plus faible, cette différence peut être largement attribuée à la contribution de l'indice de compréhension verbale, comme l'indique le rendement significativement plus faible aux sous-tests Vocabulaire, Similarités et Compréhension. Inversement, aucune différence significative n'a été constatée dans les sous-tests de performance, dans l'indice de perception de l'organisation ou dans le QI de performance.

Cependant, une étude de Samet en 1998 (cités par Saltzman, Weems, & Carrion, 2006) menée auprès d'enfants hospitalisés n'a pas montré de différence au niveau du QI verbal entre des enfants présentant un trouble du stress post-traumatique ou non.

Ces différentes recherches prouvent que les capacités intellectuelles semblent impacter le développement d'un trouble du stress post-traumatique. Plus précisément, il semblerait que le QI verbal soit négativement associé au développement d'un TSPT. Cependant, des recherches sont encore nécessaires ; les résultats trouvés sont contradictoires et les mécanismes sous-jacents sont toujours d'ordre hypothétique.

2.5.3 L'impact de l'intelligence de l'individu en fonction de la gravité de l'événement

Pour certains auteurs, l'impact des variables propres à l'individu est fonction de la gravité de l'événement. Selon ceux-ci, l'exposition à des facteurs de stress extrêmes l'emporte sur l'effet des prédispositions. Ainsi, l'association entre une prédisposition et l'apparition du trouble de stress post-traumatique devrait être beaucoup plus forte pour ceux qui ont connu des

événements de faible magnitude que pour ceux qui ont connu des événements de grande ampleur.

En 2011, McNally et Robinaugh expliquent que les individus peuvent développer des symptômes d'un psychotraumatisme même lors d'événements de moindre gravité. Ainsi, au fil des révisions successives du DSM, la gamme de facteurs de stress a considérablement augmenté. Pour ces auteurs, ces individus, confrontés à des événements de moindre qualité, doivent présenter de nombreux facteurs de risque pour présenter des symptômes de traumatisme psychique. Ainsi, les prédispositions individuelles influenceraient davantage le développement d'un traumatisme lorsque l'événement potentiellement traumatique est de moindre gravité. Pour tester cette hypothèse, ces auteurs ont examiné l'association entre une intelligence inférieure, les symptômes de dépression et la gravité des abus sexuels vécus par des femmes dans leur enfance. La corrélation entre l'intelligence et la présence de symptôme d'un TSPT était fortement négative pour les sujets du groupe de faible gravité, de pratiquement zéro dans le groupe de gravité moyenne, et non significativement négative dans le groupe de sévérité élevée.

Par conséquent, il serait probable que l'intelligence de l'enfant impacte l'apparition d'un psychotraumatisme lorsqu'il vit une situation de faible gravité. Au contraire, son intelligence n'influencerait pas l'apparition d'un psychotraumatisme dans le cas d'événements sévères.

Cependant, en 2013, Breslau remet en question ce lien entre la gravité de l'événement et l'influence de l'intelligence de l'enfant sur le TSPT. Dans cette étude, l'auteur a repris les données de son étude longitudinale (Breslau, Lucia, & Alvaro, 2006) qui évaluait le QI de différents enfants à 6 ans, puis, à 17 ans, évaluait la présence d'un trouble du stress post-traumatique. Il a ensuite différencié deux types de gravité : un sous-ensemble d'événements traumatisants impliquant une agression de violence extrême (aussi appelée dans la littérature violence interpersonnelle) et un sous-ensemble reprenant d'autres types d'événements traumatisants. Les résultats de Breslau n'appuient pas l'hypothèse McNally et Robinaugh : quel que soit le type de traumatisme, la probabilité de développer un TSPT est pareillement liée au quotient intellectuel.

2.6 Résumé du chapitre

De nos jours, les recherches ont prouvé que les enfants peuvent souffrir de trouble de stress post-traumatique (Burke Harris, 2015 ; Kedia & Sabouraud-Séguin, 2013) et en présenter les différents symptômes : le syndrome de reviviscence, le syndrome d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. À la suite d'un événement stressant, les enfants vont présenter des réactions qui seront fonction de leur âge et de leur développement. Ces réactions seront différentes selon leur moment d'apparition : lors de la phase immédiate, post-immédiate ou lors de la phase différée. C'est lors de cette dernière phase, c'est-à-dire un mois après l'événement potentiellement traumatisant, que peut apparaître un trouble de stress post-traumatique. Dans ce chapitre, nous avons abordé les altérations cognitives qui sont associées au syndrome de stress post-traumatique. La présence d'un tel syndrome peut impacter la mémoire de l'enfant, sa vision du monde, ses états émotionnels ou encore le focaliser davantage sur la survie.

Par ailleurs, ce chapitre aborde également les facteurs de risque et de protection au développement d'un psychotraumatisme chez les enfants. Ces facteurs peuvent être liés aux caractéristiques de l'événement potentiellement traumatisant, aux variables liées au milieu de récupération et aux variables liées à l'enfant. L'étude de ces facteurs est importante pour assurer la prévention et le traitement de ce trouble.

Pour terminer ce chapitre, nous avons davantage examiné l'impact que peuvent avoir les capacités intellectuelles de l'enfant sur le développement d'un traumatisme psychique. Tout d'abord, les capacités intellectuelles semblent impacter le développement d'un trouble du stress post-traumatique. Ainsi, un QI élevé pourrait constituer un facteur de protection au développement d'un psychotraumatisme (Breslau, Lucia, & Alvaro, 2006 ; Gilbertson, 2006 ; Kremen et al., 2007 ; Qouta, Punamäki, Montgomery, & El Sarraj, 2007). Plus précisément, il semblerait que le QI verbal soit négativement associé au développement d'un TSPT (Saltzman, Weems, & Carrion, 2006 ; Diamond, Muller, Rondeau, & Rich, 2001 ; Saigh et al., 2006). En outre, certains auteurs montrent que l'impact de l'intelligence de l'enfant est fonction de la gravité de l'événement (McNally & Robinaugh, 2011). Cependant, d'autres ne trouvent pas de lien entre l'intelligence et le trouble du stress post-traumatique (Yehuda et al., 1995 ; Twamley, Hami, & Stein, 2004).

3. Chapitre 3 : la résilience

3.1. Définition

La résilience constitue la capacité d'un enfant à surmonter les traumatismes et à s'ajuster, s'adapter aux changements. Ainsi, Manciaux en 2001 (cité par Theis, 2006) définit la résilience comme « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères». Selon Michel Delage (2006), la résilience est un processus de croyance ; c'est-à-dire qu'un individu résilient croit en ses ressources et ses capacités. Pour cet auteur, la résilience relève de la croyance que l'on peut s'en sortir malgré d'épouvantables catastrophes. Néanmoins, être résilient ne signifie pas que l'individu retournera à un état antérieur. Boris Cyrulnik (2017) explique que la résilience permet un bon développement, mais que cela n'efface pas les traces neurologiques, psychologiques et affectives du traumatisme.

La résilience n'est pas un phénomène fixe, mais un processus, « c'est-à-dire qu'elle est fonction du stade de développement dans lequel se trouve le sujet, ce qui conduit à des différences de réactions suivant l'âge, l'évolution, la construction psychique, l'entourage du sujet. » (Theis, 2006, p. 39). La résilience n'est pas qu'un processus individuel, mais également un processus familial et contextuel.

Pour certains auteurs, tel que Cyrulnik (2003), le processus de résilience apparaît uniquement à la suite d'un traumatisme : « On ne peut parler de résilience que s'il y a eu un traumatisme suivi de la reprise d'un type de développement, une déchirure raccommodée ».

3.2. Facteurs de risque et de protection

La résilience est un processus individuel, mais aussi familial et contextuel. Ainsi, nous pouvons différencier les facteurs de protection et de risque individuels et environnementaux. Selon Terrisse et Larose (2001), ces facteurs de risque et de protection évoluent en fonction de l'âge et du développement de l'enfant. Ainsi, un facteur de protection peut se transformer en facteur de risque selon l'âge de l'enfant et l'évolution du contexte. Par exemple, surveiller de près un nourrisson est un facteur de protection. Par contre, surveiller de près son enfant de 4-5 ans peut constituer de la surprotection, et devenir un facteur de risque.

3.2.1 Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux sont constitués du style d'attachement, du soutien familial, du soutien des pairs et de l'accompagnement thérapeutique. Les facteurs environnementaux regroupent les ressources de l'environnement relationnel et social de l'individu.

Selon de Becker (2009), la qualité des interactions précoces a une influence sur la résilience de l'enfant : « l'intériorisation des liens fonctionnels construit alors la confiance que le sujet aura en lui et dans son entourage, ce qui lui permettra d'établir des mécanismes de défense efficaces à l'égard des "tempêtes" de l'existence. » Selon Cyrulnik (2017), la connotation affective que l'individu attribue aux événements est tracée biologiquement, par la structure précoce de notre cerveau, selon l'influence de notre entourage. Ainsi, les interactions précoces avec les parents peuvent avoir une influence sur la manière dont l'individu va appréhender son Moi, les autres et le monde.

Cependant, d'autres facteurs environnementaux sont à prendre en compte. Ainsi, la famille, les pairs, la communauté, les psychologues et la culture ont également un impact sur la résilience de l'individu. Selon Cyrulnik (2017), « tout ce qui est dans les récits d'alentours, récit avec son conjoint, récit avec sa famille, récit avec son quartier, récit avec sa culture, télévision, théâtre, cinéma, interagit avec le sentiment que j'éprouve de moi, et je ne peux continuer mon processus de résilience que si vous m'aidez ».

3.2.2 Facteurs individuels

Selon de Becker (2008), les principaux facteurs individuels sont : le tempérament de base et les attitudes conatives (c'est-à-dire la motivation, la volonté), le locus de contrôle, les mécanismes de défense, les stratégies de coping et les aptitudes cognitives. Pour Agaibi et Wilson (2005), la résilience est associée à un ensemble de traits de personnalité comme l'extraversion, une estime de soi élevée, l'affirmation de soi, la robustesse, un locus de contrôle interne et un feedback cognitif. Ainsi, un individu optimiste, robuste et confiant aura plus de chance d'être résilient. De plus, un individu utilisant un locus de contrôle interne, c'est-à-dire qui s'attribue ses réussites à lui-même et ses échecs aux circonstances, aura également plus de chance d'être résilient.

Des stratégies de coping efficaces sont des stratégies flexibles. Selon Lazarus et Launer (1978, cités par Paulhan et Bourgeois, 1995), les stratégies de coping sont « l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer

ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique ». Ainsi, la meilleure stratégie serait de centrer son coping sur le problème (essayer de résoudre le problème) si l'agent de stress est contrôlable et de centrer son coping sur l'émotion (soulager la tension) si l'agent de stress est incontrôlable.

3.3 La résilience comme facteur de protection du trouble du stress post-traumatique

L'étude de la résilience nous permet d'évaluer pourquoi un enfant ayant vécu un traumatisme psychique s'en sortira sans développer de trouble du stress post-traumatique tandis qu'un autre enfant développera des symptômes. Pour de nombreux auteurs, la résilience constitue un facteur de protection au développement d'un trouble de stress post-traumatique (Wrenn et al., 2011 ; Aigi & Wilson, 2005 ; Bonanno & Mancini, 2012).

En 2011, Wrenn et al. ont développé une étude évaluant le rôle de la résilience dans l'atténuation de l'impact d'un événement potentiellement traumatisant. Leur recherche portait sur une population urbaine afro-américaine à faibles revenus. Les résultats de cette étude suggèrent que la résilience est associée à une diminution du risque de présenter des symptômes post-traumatiques. Pour ces auteurs, la résilience est un facteur important dont les cliniciens doivent tenir compte lorsqu'ils évaluent le risque de TSPT d'un patient exposé à un traumatisme.

Selon les théories du développement (Bonanno, 2004), la résilience est généralement considérée comme un facteur de protection qui favorise le développement de résultats positifs et de caractéristiques personnelles saines chez les enfants exposés à des circonstances de vie défavorables ou aversives (Garmezy, 1991 ; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000 ; Masten, 2001 ; Rutter, 1999 ; Werner, 1995 ; cités par Bonanno, 2004). La résilience face à la perte et au traumatisme consiste, selon Bonanno (2004), à maintenir un niveau de fonctionnement psychologique et physique sain à la suite d'un risque isolé ou d'un événement potentiellement traumatisant.

Néanmoins, selon Bonanno, Papa et O'Neill (2001), la résilience n'empêche pas les individus d'éprouver des perturbations transitoires dans leur fonctionnement. Ainsi, avoir une haute résilience ne signifie pas que l'événement potentiellement traumatisant n'aura pas d'impact sur l'enfant. Par contre, les enfants résilients présentent généralement une trajectoire stable qui tend

vers un fonctionnement sain (Bonanno, Papa, & O'Neill, 2001).

3.3 L'intelligence comme facteur de résilience

Pour faire face à des événements néfastes, le cerveau humain possède de nombreuses fonctions qui le guident à réagir efficacement à une menace et à se protéger. Selon Goldstein et Brooks (2006), le quotient intellectuel prédit une bonne adaptation, peu importe le risque ou le niveau d'adversité. Pour eux, l'intelligence fonctionne comme un modérateur du risque, et ce encore plus dans des circonstances menaçantes.

Selon ces mêmes auteurs, les enfants possèdent des vulnérabilités différentes et des systèmes de protection différents selon leur âge de développement. Les enfants, parce qu'ils sont totalement dépendants de leurs fournisseurs de soins, sont très vulnérables aux conséquences de la perte d'un parent ou de maltraitance d'un fournisseur de soins. A contrario, ils seraient davantage résilients lors de guerres et de catastrophes naturelles car ils ne comprennent pas tout ce que cela implique.

Selon de Becker (2008), « l'intelligence, en termes de capacités intellectuelles, représente un facteur indéniable orientant la compétence résiliente ». Dans leur étude, Fergusson et Lynskey (1996) déclarent que les jeunes résilients seraient caractérisés par une intelligence élevée. Selon Friborg et al. (2005), une intelligence supérieure implique une meilleure analyse, une créativité, et de meilleures aptitudes pratiques dans la résolution de problèmes. De manière générale, les personnes intelligentes sont plus informées et devraient avoir de meilleures compétences d'auto-assistance, et de ce fait, savoir davantage faire face aux situations stressantes (Friborg et al. 2005). Par ailleurs, plusieurs études longitudinales ont démontré que l'intelligence protège les individus contre l'inadaptation ultérieure (Radke-Yarrow et Sherman, 1990; Egeland, Carlson et Sroufe, 1993; Luthar, D'Avanzo et Hites, 2003 ; cités par Friborg, 2005).

Werner (1993) a par exemple constaté que les enfants présentant de bonnes compétences scolaires à 10 ans possédaient davantage de sources de soutien et un plus grand sentiment d'auto-efficacité à 18 ans. Cependant, la relation entre ces concepts n'était pas forte ; les enfants résilients n'étaient pas exceptionnellement doués, mais plutôt efficaces lorsqu'ils utilisaient toutes les compétences dont ils disposaient. En 2000, cet auteur constate que la plupart des études longitudinales sur les enfants et jeunes résilients rapportent que l'intelligence (notamment la communication et les compétences en résolution de problème) et les

compétences scolaires (la lecture) sont positivement associées à une habileté à dépasser l'adversité. En outre, il semblerait que les corrélations entre les mesures d'intelligence et une adaptation efficace augmentent avec l'âge de l'enfant et de l'adolescent. Selon Werner, les jeunes avec une grande intelligence peuvent mieux appréhender les événements stressants et sont meilleurs pour trouver des stratégies efficaces de coping face à l'adversité. Les résultats de cette recherche ont été répliqués avec des enfants de tous milieux socio-économiques et de différentes origines ethniques. Pour cet auteur, l'intelligence est considérée comme un facteur de protection de la résilience.

Selon Condly (2006), une intelligence supérieure à la moyenne contribue à la résilience des enfants en leur permettant de comprendre ce qui leur arrive, de faire la distinction entre ce qui est contrôlable et ce qui ne l'est pas, de choisir des moyens efficaces pour faire face à cette situation, et de sélectionner et modifier des environnements plus favorables.

Néanmoins, alors que de nombreuses études ont constaté que l'intelligence protège contre le stress, l'étude de Luthar (1991) suggère que les enfants plus intelligents ont tendance à avoir des niveaux plus élevés de sensibilité à leur environnement. Ainsi, il semblerait que les enfants plus brillants soient plus sensibles aux facteurs de stress que ceux qui sont moins intelligents.

3.4 Résumé du chapitre

La résilience est un concept important dans l'étude du psychotraumatisme chez l'enfant. La résilience se réfère aux capacités que possède l'enfant à réussir et à se développer malgré l'adversité qu'il peut rencontrer. La résilience d'un enfant dépend de ses ressources internes, mais aussi de l'influence de son milieu. Différents facteurs individuels et environnementaux vont influencer la résilience de l'enfant.

Pour de nombreux auteurs, la résilience constitue un facteur de protection au développement d'un trouble de stress post-traumatique (Wrenn et al., 2011 ; Aigi, Wilson, 2005 ; Bonanno & Mancini, 2012). Néanmoins, selon Bonanno, Papa et O'Neill (2001), la résilience ne protège pas les individus d'éprouver des perturbations transitoires dans leur fonctionnement à la suite d'un événement potentiellement traumatisant. En outre, la résilience étant un processus dynamique, un facteur favorisant celle-ci (et diminuant donc le risque de TSPT), peut donc se transformer en facteur de risque selon l'âge de l'enfant et l'évolution du contexte.

Dans ce chapitre, nous avons également étudié l'intelligence comme facteur de résilience. Les recherches menées sur ce sujet défendent l'idée que l'intelligence permet une bonne adaptation, une meilleure analyse des problèmes et protégerait les individus contre l'inadaptation (Goldstein & Brook, 2006 ; de Becker, 2008 ; Fergusson & Lynskey, 1996 ; Friborg et al., 2005 ; Werner, 1993 ; Werner, 2000). Néanmoins, selon Luthar (1991), il est également possible que les enfants plus intelligents présentent des niveaux de sensibilité plus élevés et soient donc plus sensibles aux situations stressantes.

4. Chapitre 4 : le placement en famille d'accueil

4.1 La législation concernant le placement

La Convention internationale des droits de l'enfant, le Code civil, le Décret du 4 mars 2001 et les arrêtés de la Communauté française du 15 mars 1999 encouragent le maintien et/ou la restauration des liens familiaux (Fédération Wallonie-Bruxelles, n.d.). Toutes ces lois considèrent que l'hébergement de l'enfant en dehors du milieu familial est exceptionnel et temporaire. Ils encouragent donc les différents professionnels à réduire le temps de séparation des parents et des enfants (Fédération Wallonie-Bruxelles, n.d.).

Les liens familiaux sont encouragés, mais cela ne signifie pas pour autant que l'enfant doit nécessairement rester dans son milieu d'origine. Le placement est envisagé lorsque « le milieu familial est inadéquat ou préjudiciable à l'enfant au point qu'il court le risque d'un danger physique immédiat, que la sécurité et le développement de l'enfant risquent d'être compromis gravement et de façon permanente ; et enfin si, après avoir tenté par divers moyens de modifier la situation familiale, on reconnaît que ces interventions n'ont amené aucun résultat valable » (Steinhauer, 1996, p.139). Pour maintenir le lien, des visites entre l'enfant et ses parents biologiques peuvent être organisées. Selon Foresti (2009), le placement en famille d'accueil se met souvent en place dans les situations de placement de longue durée, pour des enfants assez jeunes qui ont vécu dans un milieu très peu adapté.

4.2 Les causes potentielles du placement

Un placement est souvent envisagé à la suite de circonstances déclenchantes. Parmi ces circonstances (David, 1994), on retrouve l'absence de parents par décès ou abandon, un problème ou une crise familiale (maladie, fatigue ou dépression, abandon du foyer par un des parents, conflits conjugaux, hospitalisation, internement, incarcération), la protection d'un

enfant négligé, maltraité, en danger et le placement en vue de soins spéciaux (pour des troubles somatiques, psychologiques ou mentaux de l'enfant).

4.3 Le placement en famille d'accueil

Pour David (2004, p.4), le placement familial est « l'accueil "permanent" d'un enfant, de jour ou de nuit, pour quelque "durée" que ce soit, par une famille "rémunérée" qui, pendant toute la durée du placement, assure l'ensemble des soins et l'éducation de l'enfant, sans que celui-ci lui "appartienne" pour autant ». Ainsi, une famille d'accueil est une famille qui accepte de subvenir aux besoins biologiques, affectifs et éducatifs d'un enfant pour un laps de temps défini.

Les enfants peuvent être placés au sein de leur famille d'origine élargie (placement intrafamilial) ou au sein d'une famille non connue auparavant (placement extrafamilial). Toute personne peut proposer sa candidature comme famille d'accueil, qu'elle soit célibataire ou en couple, avec ou sans enfants (Fédération des Services de Placement Familial [FSPF], 2017). Chaque candidature est ensuite examinée et évaluée par un service de placement.

Il existe trois types de placement : le placement familial d'urgence, le placement familial de court terme et le placement familial de moyen/long terme (Fédération des Services de Placement Familial [FSPF], 2017). Tout d'abord, le placement familial d'urgence intervient pour une durée de 15 jours. Après cette période, une évaluation est effectuée afin de décider si l'enfant reste un mois de plus dans la même famille. Ensuite, le placement familial de court terme concerne des placements de 3 mois, renouvelables deux fois. Enfin, lors d'un placement familial de moyen/long terme, l'enfant est placé dans une famille pour une durée minimale d'un an, renouvelable chaque année, à la suite d'une évaluation.

4.4 Les missions des familles d'accueil

Les familles d'accueil remplissent différentes missions : accompagner l'enfant en difficulté, participer à son éducation, lui offrir un cadre affectif et éducatif adéquat et favoriser son épanouissement en tenant compte de ses besoins. Pour aider l'enfant, la famille d'accueil doit aussi lui permettre de maintenir ou de reconstruire un lien avec ses parents (Fédération Wallonie-Bruxelles, n.d). La famille d'accueil n'est pas une famille de remplacement car, contrairement à l'adoption, l'enfant garde le nom de sa famille d'origine ; il reste membre de celle-ci et retourne, quand les conditions le permettent, chez ses parents. Ainsi, « les parents conservent l'autorité parentale à l'égard de leur enfant. Cela signifie que, même si la famille d'accueil est amenée à gérer la vie quotidienne de l'enfant, c'est aux parents qu'il revient,

prioritairement, de prendre les décisions importantes qui concernent leur enfant, telles que le choix de l'option philosophique, l'autorisation de séjourner à l'étranger, le choix d'une opération chirurgicale...» (Fédération Wallonie-Bruxelles, n.d.).

4.5 Le placement en famille d'accueil est-il un événement potentiellement traumatisant ?

D.W. Winnicot (1961), puis M. David (1987) et M. Berger (1990, 1997, 1999, 2008) observent que séparer un enfant de son milieu d'origine est parfois nécessaire pour la sauvegarde et le soin du développement psychique de celui-ci (cités par Bonneville-Baruchet, 2016, p.39). Cependant, Berger (2003) insiste aussi sur le fait que « la séparation est un traumatisme difficilement intégrable pour le psychisme des enfants. Ceux-ci ne peuvent ni l'accepter ni y donner sens. Les commentaires ou explications rationnelles qu'il est souvent souhaitable de proposer sont de peu d'aide pour diminuer leur souffrance psychique. »

Le placement en famille d'accueil implique une rupture dans la relation d'attachement entre l'enfant et son parent biologique. L'attachement, pour l'enfant, est une question de survie car il ne peut s'occuper seul de lui-même. Comme le dit Winnicot (1956), « un enfant seul, ça n'existe pas ». Dans une étude de 2002, Wallerstein souligne que les enfants s'attachent à leurs parents, même lorsque ceux-ci sont maltraitants. Selon Hofer (2003), être séparé de parents maltraitants est autant source de souffrance que d'être séparé de parents bienveillants. En 1999, Howe, Brandon, Hinings et Schofield expliquent qu'une telle séparation risque de générer détresse et anxiété, peu importe que l'attachement soit sécurisant ou insécurisant. Suite à cette détresse, l'enfant est à risque de présenter des problèmes de comportement (agressivité, opposition) et des symptômes dépressifs (Kaplan, Pelcovitz, & Labruna, 1999). En outre, l'enfant ayant subi des maltraitances dans sa famille biologique risque d'éprouver une forte anxiété à la perspective d'en subir à nouveau au sein de sa famille d'accueil.

Les déplacements de l'enfant d'une famille à l'autre ne sont pas sans conséquence sur ce dernier. Selon Vannier (2006, p.8), « les enfants placés sont amenés à transiger avec deux réalités existentielles : la famille biologique et le lieu d'accueil, qu'il soit familial ou institutionnel, provisoire ou définitif. Au gré des placements et déplacements, ils confondent éloignement, séparation et délaissement, et réactivent sans cesse le scénario de l'abandon. La rupture des liens d'attachement, la perte de l'amour inconditionnel des parents, provoquent un appauvrissement de l'image de soi, des problèmes d'identité, d'appartenance et d'intégration sociale ». Ainsi, le

placement d'un enfant est à considérer avec prudence car il peut favoriser l'apparition de troubles ; le placement peut être vécu comme un véritable traumatisme.

L'enfant peut, malgré les explications des différents intervenants, se sentir coupable et responsable de son placement. Ainsi, Michel Manciaux (2006, p.137) explique que « placer un enfant battu alors que le parent brutal reste en famille, c'est en quelque sorte blâmer et punir la victime qui se sent coupable de ce qui lui arrive et parfois responsable de l'éclatement de la cellule familiale ».

Selon Bruskas (2008), les enfants placés en famille d'accueil constituent une population vulnérable, ayant vécu des expériences traumatiques et étant davantage à risque de vivre des blessures supplémentaires. Pour cet auteur, les mauvais traitements, tels que la négligence et le retrait des parents sont des événements traumatisants susceptibles d'affecter le développement immédiat et futur de la santé mentale des enfants. Ainsi, les enfants ayant des antécédents de maltraitance et qui subissent en outre le traumatisme d'être séparés de leurs parents sont vulnérables et susceptibles de souffrir de troubles de stress post-traumatique (Dubst et Motta, 1999 ; cités par Bruskas, 2008). Certaines études montrent que plus de la moitié des enfants en famille d'accueil risquent de souffrir d'au moins un trouble mental et que beaucoup (63%) sont victimes de négligence (Bruskas, 2008). En 2005, une étude menée par le Northwest Foster Care Alumni (Casey Family Programs) a révélé que 54,4% des adultes ayant été placés en famille d'accueil avaient d'importants problèmes de santé mentale, tels que de la dépression, des problèmes sociaux, de l'anxiété et un TSPT.

En résumé, bien que nécessaire, le placement peut avoir de lourdes conséquences sur la santé psychologique de l'enfant. À chaque changement de milieu, l'enfant doit se reconstruire et retrouver des repères. Dans les décisions de placement (Michel Manciaux, 2006, p.138), « ce qui compte avant tout, c'est l'intérêt de l'enfant : notion floue, dit-on, mais qui participe à la fois de la satisfaction de ses besoins d'amour, de sécurité, d'expériences à sa mesure, d'encouragements et de félicitations, et du respect de ses droits. L'intérêt supérieur de l'enfant, c'est d'être aimé et respecté ».

4.5.1 L'influence de l'instabilité du placement

Lors d'un placement, l'enfant vit plusieurs changements : il appréhende un nouvel environnement, il est mis à distance du lieu de vie familial, il découvre de nouveaux modes de vie et cela change complètement son quotidien (Potin, 2009). Les divers déplacements (dans le temps, l'espace et le milieu social) sont insécurisants pour l'enfant, lequel a besoin de repères. En outre, le placement propose une protection dans le présent, sans baliser l'avenir de l'enfant. Les placements à répétition semblent avoir des conséquences négatives sur la capacité des enfants à tisser des liens. Ainsi, Boris Cyrulnik (2006, p.39) explique que « les placements à répétition provoquent la destruction du lien, l'empêchement de la résilience ».

Selon Potin (2009), il existe trois types de parcours de placement : les enfants placés, les enfants déplacés et les enfants replacés. Le parcours des enfants placés est considéré comme le plus favorable car il s'agit d'un placement continu et long. Ce sont des enfants qui ont été placés jeunes (avant 10 ans) et qui ont connu un seul lieu d'accueil, où ils sont restés plusieurs années. Pour ces enfants, le placement a un véritable effet bénéfique. Le parcours des enfants déplacés est jalonné de plusieurs lieux d'accueil. Dans ces situations, l'enfant ne peut investir pleinement son lieu d'accueil, car il y reste pour un temps limité ; « l'épuisement et la peur de créer des liens qui peuvent se voir fragilisés par une rupture font que l'enfant protégé par le placement se retrouve dans une situation où la sécurité n'est pas forcément plus acquise que dans son milieu d'origine » (Potin, 2009). Les enfants replacés, quant à eux, vivent un ou plusieurs retour(s) chez leurs parents. Dans ce parcours, la mesure de protection n'est que temporaire.

De nombreuses études démontrent que les ruptures de placement ont des conséquences négatives sur le développement émotionnel et comportemental de l'enfant (Rubin, Reilly, Luan, & Localio, 2007). L'instabilité des placements réduit l'opportunité des enfants à développer un attachement sûr, élément essentiel pour un bon développement (Munro & Hardy, 2006). De plus, cette instabilité est un facteur lié à des perturbations du système neuroendocrinien de réponse au stress (Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce, & Pears, 2006). L'instabilité du placement pourrait donc influencer la manière dont les enfants répondent aux événements stressants et, par conséquent, leur probabilité de développer un trouble du stress post-traumatique.

4.5.2 L'influence des contacts avec la famille d'origine

L'enfant placé dans une famille d'accueil a tout de même la possibilité de garder des contacts avec sa famille d'origine. Les parents biologiques ont des droits de visite et peuvent rencontrer leur enfant régulièrement.

En 2013, Atwool constate que la famille biologique, et plus particulièrement sa maman et sa fratrie, reste importante pour l'enfant en famille d'accueil. Selon Sinclair (2001), la plupart des enfants veulent un contact avec leur famille, choisir le moyen de contact (téléphone, mail, visite), choisir quels membres de la famille ils voient et choisir les personnes présentes lors des rencontres.

Les recherches (Beek & Schofield, 2004 ; cités par Atwool, 2013) démontrent que les contacts avec la famille permettent d'aider l'enfant à gérer sa double identité et à développer une relation positive avec son entourage. Cela permettrait à l'enfant de fonder son identité sur une compréhension réaliste et une évaluation de ses forces et faiblesses.

Cependant, lorsque les enfants souffrent d'un traumatisme psychique, il faut faire très attention à la possibilité d'un contact avec les parents. En 2004, Howe et Steele soutiennent que les enfants qui ont un modèle d'attachement désorganisé sont susceptibles d'être traumatisés à nouveau s'ils ont des contacts avec des adultes qui les ont maltraités. Un tel contact peut compromettre toute opportunité de retravailler les représentations mentales que les enfants se sont construites des expériences relationnelles. De tels contacts représenteraient un frein à la sécurité des enfants dans leur nouveau placement. Ces auteurs pensent donc qu'un contact avec les parents est à éviter, et que celui-ci ne devrait reprendre que lorsque les enfants ont atteint un degré de sécurité et qu'ils ont la capacité de faire face à l'excitation émotionnelle que le contact va déclencher.

Par ailleurs, en 2004, Selwyn souligne que le contact avec les parents ne permet pas nécessairement un bon développement de l'enfant. Selon cet auteur, l'impact de ces contacts dépendra de la nature dynamique et évolutive de ces derniers. Il est donc nécessaire de gérer cela au fil du temps. Le rôle du travailleur social, lorsque l'évaluation approfondie conclut que le contact devrait se poursuivre, est de faciliter ce travail en veillant à ce que des dispositions soient prises. Ces dispositions doivent être réalisables, sûres et soutenues par toutes les parties.

Selon Atwool (2013), si le contact permet d'aider l'enfant à gérer ses deux identités, il est vital de considérer que les besoins ou souhaits de l'enfant sont parfois contradictoires au maintien de son intégrité ; celle-ci devant toujours être prépondérante dans la prise de décisions.

4.6 Résumé du chapitre

Le placement en famille d'accueil est un événement potentiellement traumatisant pour un enfant. Séparer un enfant de son milieu d'origine, de ses parents et de ses habitudes a des conséquences sur celui-ci. Selon Bruska (2008), les enfants ayant des antécédents de maltraitance et étant séparés de leurs parents sont davantage susceptibles de souffrir de trouble du stress post-traumatique.

Dans ce chapitre, nous avons identifié deux variables susceptibles d'influencer le développement d'un psychotraumatisme chez les enfants placés : l'instabilité du placement et les contacts avec la famille d'origine. Il semblerait que les ruptures et l'instabilité du placement ont des conséquences sur l'enfant et que cela influence la manière dont il répond aux événements stressants (Cyrułnik, 2006 ; Rubin, Reilly, Luan, & Localio, 2007 ; Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce, & Pears, 2006). Par conséquent, l'instabilité du placement semble être un facteur de risque au développement d'un trouble du stress post-traumatique. Concernant l'influence des contacts avec la famille d'origine, les avis divergent. Pour Atwool (2013), Sinclair, Gibbs et Wilson (2001), et Beek et Schofield (2004), les contacts avec la famille sont importants et bénéfiques pour l'enfant ; ceci correspond aux demandes de l'enfant et l'aide à gérer sa double identité. A contrario, Howe et Steele (2004) pensent que des contacts avec des parents maltraitants peuvent compromettre le bien-être de l'enfant, et le traumatiser à nouveau. Davantage de recherches sont donc nécessaires pour éclaircir l'influence que peuvent avoir les contacts avec la famille d'origine sur le développement d'un psychotraumatisme chez l'enfant.

Partie 3 : Objectifs et hypothèses

1. Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire est d'étudier le lien entre les concepts de capacités intellectuelles, de résilience et de trouble du stress post-traumatique chez des enfants. Dans la littérature, très peu d'études sur le sujet se sont intéressées aux enfants tout-venant. Ainsi, nous avons pour but d'évaluer, chez des enfants tout-venant, la possibilité que leurs capacités intellectuelles constituent un facteur de résilience et les protègent d'un psychotraumatisme. En outre, un second objectif de cette étude est de comparer les résultats obtenus auprès des enfants tout-venant à ceux d'enfants placés en famille d'accueil.

2. Hypothèses

2.1. Première hypothèse

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur sa probabilité de développer un trouble du stress post-traumatique.

2.1.1 Hypothèse 1a

Comme nous l'avons précisé dans la théorie, certaines études ont montré un lien entre les capacités intellectuelles de l'enfant et le développement d'un trouble de stress post-traumatique (McNally & Shin, 1995 ; Macklin et al., 1998 ; Silva et al., 2000 ; Breslau, Lucia, & Alvaro, 2006, Kremen et al., 2007 ; Qouta, Punamäki, Montgomery, & El Sarraj, 2007). Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'intelligence de l'enfant est un facteur de protection au développement d'un psychotraumatisme. Ainsi, nous nous attendons à ce que plus ses capacités intellectuelles sont hautes, moins l'enfant risque de développer un traumatisme psychique.

2.1.2 Hypothèse 1b

Dans cette recherche, il est également nécessaire d'étudier de manière plus détaillée ce lien entre intelligence et psychotraumatisme. Nous cherchons donc à identifier le type d'intelligence le plus en relation avec le développement d'un traumatisme psychique chez l'enfant. De nombreux auteurs ont démontré un lien entre les capacités verbales de l'enfant et le développement d'un TSPT (Saltzman, Weems, & Carrion, 2006 ; Vasterling et al., 1997 ; Diamond, Muller, Rondeau, & Rich, 2001 ; Saigh et al., 2006). Par conséquent, nous émettons l'hypothèse que plus les capacités de l'enfant en compréhension verbale sont hautes, moins il risque de développer un psychotraumatisme. À l'inverse, les autres types d'intelligence repris

dans le quotient intellectuel n'impacteraient pas l'apparition d'un TSPT.

2.1.3 Hypothèse 1c

En outre, un des objectifs de ce mémoire est d'évaluer l'impact du type d'événement vécu sur le lien entre l'intelligence de l'enfant et le développement d'un trouble du stress post-traumatique. À la suite de l'étude de McNally & Robinaugh de 2011, nous nous attendons à ce que l'exposition à des facteurs de stress extrêmes l'emporte sur l'effet des prédispositions intellectuelles. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que, dans le cas d'événements de faible gravité, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes, moins il risque de développer un traumatisme psychique. Par contre, dans le cas d'événements de forte gravité, les capacités intellectuelles de l'enfant ne le protégeraient pas d'un psychotraumatisme.

1.2 Deuxième hypothèse

Le second objectif de cette recherche est d'étudier l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur ses capacités de résilience. Selon plusieurs auteurs (Goldstein & Brook, 2006 ; de Becker, 2008 ; Fergusson & Lynskey, 1996 ; Friberg et al., 2005 ; Werner, 1993 ; Werner, 2000), les capacités intellectuelles augmenteraient les capacités de résilience de l'individu. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont élevées, plus sa résilience est, elle aussi, élevée.

1.3 Troisième hypothèse

Le troisième objectif de cette recherche est d'étudier le lien entre la résilience de l'enfant et sa probabilité de développer un trouble du stress post-traumatique. Pour de nombreux auteurs, la résilience constitue un facteur de protection au développement d'un trouble de stress post-traumatique (Wrenn et al., 2011 ; Aigi, Wilson, 2005 ; Bonanno & Mancini, 2012). Dès lors, nous émettons l'hypothèse que plus sa résilience est élevée, moins l'enfant risque de développer un trouble du stress post-traumatique.

1.4 Quatrième hypothèse

Le quatrième objectif de cette recherche est de comparer les résultats obtenus chez des enfants tout-venant avec ceux obtenus chez des enfants vivant en famille d'accueil.

1.4.1 Hypothèse 4a

Le placement en famille d'accueil est un événement potentiellement traumatisant pour un enfant. (Berger, 2003 ; Wallerstein, 2002 ; Hofer, 2003 ; Howe, Brandon, Hinings, & Schofield, 1999 ; Bruskas, 2008). Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que les enfants placés sont plus nombreux à présenter un trouble du stress post-traumatique en comparaison aux enfants tout-venant.

1.4.2 Hypothèse 4b

En outre, nous émettons l'hypothèse que les enfants placés auront vécu des événements potentiellement traumatisants de plus forte gravité. Dès lors, en nous référant à l'étude de McNally et Robinaugh de 2011, nous pouvons nous attendre à ce que les capacités intellectuelles des enfants placés ne les protègent pas d'un traumatisme psychique. Au contraire, chez les enfants tout-venant, plus leurs capacités intellectuelles seraient élevées, moins ils présenteraient de symptômes d'un psychotraumatisme.

1.4.3 Hypothèse 4c

Dans notre revue de la littérature, nous avons repris une première variable susceptible d'influencer le développement d'un psychotraumatisme chez les enfants placés : l'instabilité du placement. De nombreux auteurs ont révélé l'impact néfaste des ruptures de placement (Cyrlunik, 2006 ; Rubin, Reilly, Luan, & Localio, 2007 ; Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce, & Pears, 2006). Dès lors, nous émettons l'hypothèse que plus le nombre de placements est élevé, plus l'enfant est à risque de présenter un trouble du stress post-traumatique.

1.4.4 Hypothèse 4d

Comme deuxième variable susceptible d'influencer le développement d'un psychotraumatisme chez les enfants placés, nous avons identifié les contacts avec la famille d'origine. De nombreux auteurs soulignent les bienfaits de ces contacts (Antwool, 2013 ; Sinclair, 2001 ; Beek & Schofield, 2004), tandis que Howe et Steele (2004) mettent les professionnels en garde contre les effets potentiellement nuisibles de ceux-ci. Pour cette recherche, nous émettons l'hypothèse que les enfants ayant des contacts avec leur famille d'origine sont moins susceptibles de développer un traumatisme psychique.

Partie 4 : Méthodologie

1. Design de l'étude

Cette étude vise à explorer l'étiologie du trouble de stress post-traumatique chez l'enfant, en identifiant la présence de variables individuelles comme facteur de risque. Pour ce mémoire, nous avons choisi d'évaluer les liens entre l'intelligence de l'enfant et ses réactions à la suite d'un événement potentiellement traumatisant. Afin de mesurer ces liens, nous avons mis en place un design transversal, évaluant sur une courte durée (3 rencontres étalées sur 1 semaine à 1 mois) l'intelligence de l'enfant, sa résilience et la présence d'un psychotraumatisme chez celui-ci.

Concernant l'intelligence de l'enfant, nous nous centrons sur son quotient intellectuel actuel. Ce choix nous semble pertinent car différents auteurs (Gilbertson, 2006 ; Kremen et al., 2007) affirment que l'association entre les capacités cognitives et le TSPT est bien d'origine familiale plutôt qu'induite par le traumatisme. Par conséquent, étudier l'intelligence actuelle de l'enfant nous permet bel et bien d'explorer l'étiologie du psychotraumatisme ; les capacités intellectuelles étant annonciatrices de TSPT, et non consécutives à celui-ci. Pour évaluer celles-ci, nous utilisons l'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (5^e édition, Wechsler, 2016).

Au sujet de la résilience de l'enfant, nous l'évaluons en questionnant la vision qu'a l'enfant de ses propres ressources. Comme expliqué dans la partie théorique, la résilience n'est pas qu'individuelle ; nous avons donc questionné l'enfant non seulement sur ses ressources individuelles, mais aussi sur celles qu'il perçoit de son environnement. Pour ce faire, nous utilisons le Child and Youth Resilience Measure (CYRM ; Ungar & Liebenberg, 2011).

En ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique, nous commençons par discuter avec l'enfant et ses parents des divers événements stressants ou désagréables qu'il aurait vécus jusqu'à ce jour. Ensuite, nous sélectionnons avec l'enfant celui qui a été le plus marquant et évaluons son vécu à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté (CPTS-RI ; Frederick et al., 1992 ; cités par Biéroult et Turgeon).

La réalisation de ces différentes évaluations se déroulait en trois temps : une anamnèse était d'abord menée avec l'enfant et ses parents. Ensuite, un test de quotient intellectuel (WISC-V) était proposé à l'enfant. Enfin, lors de la dernière rencontre, l'enfant complétait deux

questionnaires : le premier sur sa résilience (CYRM) et le second sur la présence de symptômes post-traumatiques (CPTS-RI).

2. Échantillon et procédure de recrutement

La population de cette recherche consiste en une trentaine d'enfants tout-venant et une dizaine d'enfants placés en famille d'accueil. Les participants ciblés étaient des enfants de 6 à 12 ans. L'âge minimum était de 6 ans pour s'assurer de la bonne compréhension des questionnaires de résilience et de psychotraumatisme. En outre, cela permettait d'utiliser la WISC-V pour tous les enfants ; ce test n'étant adapté qu'à partir de 6 ans. L'âge maximum a été fixé à 12 ans, ce qui correspond à la fin de l'école primaire. Cet âge a été choisi afin de ne pas inclure d'adolescent parmi l'échantillon ; cette recherche ayant pour objectif de se centrer principalement sur les enfants.

Les enfants tout-venant étaient recrutés via leurs écoles ou via les mouvements de jeunesse. Lorsque nous avons reçu l'accord du comité d'éthique pour cette étude, nous avons envoyé des demandes aux directeurs de différentes écoles et responsables de mouvements de jeunesse. Une lettre d'information leur était transmise et quand ils acceptaient, ils s'engageaient à transmettre aux parents une lettre expliquant cette étude. Durant la période de recrutement (de février à juin 2019), deux écoles primaires et une unité scout ont accepté de diffuser cette recherche.

Les enfants placés en famille d'accueil étaient recrutés via leur centre de placement familial. La seule condition d'exclusion était leur âge et le caractère potentiellement néfaste d'une telle étude chez certains enfants. Trois centres de placement ont accepté de me soutenir dans cette recherche et de transmettre une lettre aux parents d'accueil. Les professionnels de ces centres expliquaient également aux familles les implications que cette étude pouvait avoir pour le suivi de l'enfant.

Lorsque nous recevions une réponse positive d'un parent, nous commençons par leur téléphoner afin de nous assurer de leur accord, de répondre à leurs questions et de fixer un premier rendez-vous. Ce premier échange téléphonique était également l'occasion de définir le lieu de rencontre ; celui-ci pouvant être le domicile des parents, notre propre domicile ou le centre de placement (pour les enfants placés en famille d'accueil). Chez les enfants tout-venant, tous ont choisi leur domicile comme lieu pour la première rencontre. Concernant les enfants placés, la moitié d'entre eux ont été rencontrés à leur domicile, tandis que l'autre moitié nous a

rencontrés au sein de leur centre de placement. Lors de la première rencontre, une explication orale de l'étude était fournie à l'enfant et aux parents. Les formulaires de consentement éclairés leur étaient ensuite proposés.

Lors du recrutement, nous avons décidé d'inclure les enfants ayant vécu tout type d'événement potentiellement traumatisant. Ainsi, étaient acceptés les enfants ayant vécu un accident, un décès, une hospitalisation, de la maltraitance, une séparation parentale, un placement ou encore un abus sexuel. Comme expliqué dans la théorie, tous ces événements sont susceptibles de déclencher le développement d'un trouble de stress post-traumatique chez les enfants.

3. Conditions de passation

Lors du premier rendez-vous, nous commençons par expliquer l'étude à l'enfant et aux parents. Ensuite, nous leur proposons de remplir les formulaires attestant leur accord. Une fois l'accord de l'enfant et des parents obtenu, nous réalisons une anamnèse afin de mieux connaître le contexte de vie de l'enfant. Les questions portaient sur l'âge et le sexe de ce dernier, la présence d'une fratrie et le rang de l'enfant dans cette fratrie, le niveau scolaire de l'enfant et de ses parents, les antécédents psychiatriques et médicaux de la famille et la présence ou non d'un suivi de l'enfant et/ou de ses parents. Quelques questions supplémentaires étaient posées aux enfants vivant en famille d'accueil quant à la date de début du placement, à la durée du placement actuel, au motif du placement, au nombre de placements et à la présence ou non de contacts avec la famille d'origine. Ce premier entretien semi-structuré durait de 30 minutes à 1 heure et 30 minutes. À la fin de cet entretien, nous décidions de la date du second rendez-vous, lequel se déroulait de 2 jours à quelques semaines après le premier, selon la disponibilité des sujets.

Pour le deuxième rendez-vous, nous proposons à l'enfant de passer un test de quotient intellectuel : la WISC-V (Wechsler, 2016), échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (5^e édition). Cette échelle permet d'évaluer le fonctionnement général de l'intelligence ainsi que cinq indices principaux : l'Indice de Compréhension Verbale, l'Indice VisuoSpatial, l'Indice de Raisonnement Fluide, l'Indice de Mémoire de Travail et l'Indice de Vitesse de Traitement. Le temps moyen mis par l'enfant pour réaliser ce test était de 48 minutes pour l'obtention du QI (quotient intellectuel) total et de 65 minutes pour l'obtention des notes des cinq indices principaux. Une fois le test de quotient intellectuel terminé, nous fixions la date du dernier rendez-vous.

Lors du troisième rendez-vous, deux questionnaires étaient proposés à l'enfant : le CYRM (Child and Youth Resilience Measure) et le CPTS-RI (Child Post-traumatic Stress Reaction Index). Ces échelles d'auto-évaluation étaient réalisées en l'absence des parents ; ceci afin de s'assurer de la liberté d'expression de l'enfant, de pouvoir lire les items à voix haute avec celui-ci et de pouvoir répondre à toutes ses questions. La réalisation de ces deux questionnaires prenait en moyenne de 20 à 45 minutes. À la fin de cet entretien, nous demandions à l'enfant s'il avait encore des questions, le remercions pour sa participation et celle de ses parents, puis leur disions au revoir.

4. Matériel

4.1 L'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants - 5^e édition

4.1.1 Description

L'échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (5^e édition) est un test standardisé administrable dès 6 ans et jusqu'à 16 ans et 11 mois. Elle permet d'évaluer le fonctionnement général de l'intelligence ainsi que cinq indices principaux : l'Indice de Compréhension Verbale, l'Indice VisuoSpatial, l'Indice de Raisonnement Fluide, l'Indice de Mémoire de Travail et l'Indice de Vitesse de Traitement. Cette échelle est adaptée aux enfants présentant un haut potentiel, un handicap intellectuel léger ou moyen, un trouble spécifique des apprentissages avec déficit de lecture, de l'expression écrite ou du calcul, un trouble déficit de l'attention/hyperactivité, un traumatisme cérébral, un trouble du spectre de l'autisme avec ou sans altération du langage associée (Wechsler, 2016).

La WISC-V est un test structuré composé de dix subtests principaux (cubes, similitudes, matrices, mémoire de chiffres, code, vocabulaire, balances, puzzles visuels, mémoire des images, symboles). Les subtests principaux permettent une description complète et une évaluation du fonctionnement intellectuel.

| Compréhension Verbale | VisuoSpatial | Raisonnement Fluide | Mémoire à Court Terme | Vitesse de Traitement |
|------------------------------|---------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Similitudes | Cubes | Matrices | Mémoire des chiffres | Symboles |
| Vocabulaire | Puzzles visuels | Balances | Mémoire des images | Code |

La population générale se répartit en sept catégories de quotient intellectuel (Wechsler, 2016) : Q.I. dit « Très faible » (en dessous de 70), Q.I. dit « Limite » (entre 70 et 80), Q.I. dit « Moyen faible » (entre 80 et 90), Q.I. dit « Moyen » (entre 90 et 110), Q.I. dit « Moyen fort » (entre 110 et 120), Q.I. dit « Supérieur » (entre 120 et 130) et Q.I. dit « Très supérieur » (au-dessus de 130).

4.1.1.1 L'Indice de Compréhension Verbale (ICV)

Cet indice évalue les connaissances, la compréhension et la conceptualisation verbales. L'ICV évalue également l'habileté à former des concepts verbaux et à raisonner de manière catégorielle (Wechsler, 2016).

Pour le subtest des similitudes, des paires de mots sont énoncées oralement et, pour chacune, l'enfant doit trouver la similitude entre les objets ou les concepts proposés. Ce subtest évalue les connaissances lexicales, la formation des concepts verbaux, les capacités d'abstraction et de conceptualisation des catégorisations verbales. Pour le subtest de vocabulaire, l'enfant nomme d'abord des images qui lui sont présentées, puis donne la définition de mots lus par le praticien. Ce subtest évalue les connaissances lexicales, la mémoire sémantique et l'élaboration de concepts verbaux. Les bases de connaissances, la capacité à apprendre, la mémoire à long terme et le niveau de développement du langage sont également mesurés.

4.1.1.2 L'Indice VisuoSpatial (IVS)

Cet indice évalue les habiletés constructives et la capacité à établir des relations spatiales.

Pour le subtest des cubes, l'enfant, en un temps limité, utilise des cubes bicolores pour reproduire une construction, à partir d'un modèle présenté devant lui ou dans le livret de stimuli. Ce subtest évalue le raisonnement visuo-perceptif à partir d'un matériel non-verbal, évalue les relations spatiales et les capacités d'abstraction. En outre, ce subtest fait appel à la coordination visuomotrice, à l'apprentissage et à la capacité à distinguer la figure du fond. Pour le subtest puzzles visuels, un puzzle terminé est présenté à l'enfant, et il doit sélectionner, en un temps limité et parmi six possibilités de réponses, les trois pièces qui permettent de reconstituer le puzzle complet. Ce subtest fait également appel au raisonnement visuo-perceptif, mais utilise davantage les capacités de rotation 3D. L'enfant doit également utiliser ses capacités d'analyse et de synthèse des éléments visuels, pour former un tout cohérent.

4.1.1.3 L'Indice de Raisonnement Fluide (IRF)

Cet indice évalue le raisonnement conceptuel abstrait à partir de stimuli visuels, les capacités d'induction et le raisonnement quantitatif.

Pour le subtest des matrices, l'enfant voit, dans le livret de stimuli, une matrice ou une série incomplète, et choisit, parmi les possibilités de réponses, la partie manquante qui complète la matrice ou la série. Ce subtest évalue donc les capacités de raisonnement inductif, de raisonnement analytique et le traitement visuospatial. Pour le subtest des balances, l'enfant voit sur le livret de stimuli une balance à plateau et doit sélectionner, en un temps limité et parmi 5 possibilités, le poids manquant qui va permettre d'équilibrer les plateaux. Ce subtest évalue le raisonnement quantitatif et inductif.

4.1.1.4 L'Indice de Mémoire à court Terme (IMT)

Cet indice évalue l'attention, la concentration et la mémoire de travail (encodage, manipulation mentale et restitution).

Pour le subtest de mémoire des chiffres, le praticien lit une série de chiffres, puis l'enfant doit les répéter dans l'ordre direct, l'ordre inverse ou par ordre croissant. Ce subtest évalue la mémoire à court terme et la mémoire de travail. Pour le subtest de mémoire des images, l'enfant regarde des images sur une page du livret de stimuli pendant un temps limité, puis, sur la page suivante du livret, il désigne parmi d'autres la (ou les) image(s) qu'il a vue(s) précédemment. Ce subtest fait donc appel à la mémoire de travail visuelle.

4.1.1.5 L'Indice de Vitesse de Traitement (IVT)

Cet indice évalue la vitesse dans la recherche visuelle, la discrimination visuelle de formes et la capacité de réalisation d'une tâche simple.

Pour le subtest de code, l'enfant copie des symboles appariés à des formes géométriques simples ou des chiffres. En utilisant une clé, il dessine, en un temps limité, chaque symbole dans la forme ou la case correspondante. Ce subtest évalue la mémoire à court terme, la perception visuelle, la coordination visuo-motrice, la flexibilité cognitive, la capacité d'apprentissage, l'attention et la motivation. Pour le subtest des symboles, après avoir observé les symboles à rechercher, l'enfant indique, en un temps limité, s'il trouve un de ces symboles parmi ceux qui lui sont proposés. Ce subtest mesure la vitesse de traitement, la mémoire

visuelle à court terme, la coordination visuo-motrice, la flexibilité cognitive, la discrimination visuelle et la concentration.

4.1.2 Propriétés psychométriques

Les propriétés psychométriques de ce test sont satisfaisantes ; les validités convergente et divergente sont bonnes, la fidélité de consistance interne, la fidélité inter-cotateurs et la fidélité test-retest sont élevées (Wechsler, 2016).

Tout d'abord, la fidélité de consistance interne est élevée pour les notes aux subtests, les notes composites et additionnelles. Le niveau de fidélité est élevé dans les groupes cliniques spécifiques ainsi que dans l'échantillon d'étalonnage. De plus, les notes sont très consistantes sur une période de plusieurs semaines, et les subtests qui requièrent une part plus importante de jugement dans la cotation (subtests de compréhension verbale) produisent les mêmes résultats lorsqu'ils sont cotés par des personnes différentes. Dans l'ensemble, ces preuves viennent confirmer l'exactitude des notes obtenues au WISC-V (Wechsler, 2016).

En outre, il y a une corrélation plus élevée entre les subtests qui mesurent une même aptitude qu'entre les subtests qui mesurent des aptitudes cognitives différentes. Ces résultats constituent des preuves initiales de validité convergente et divergente du WISC-V. Concernant les différents groupes cliniques, les résultats fournissent des preuves solides de la validité et de l'utilité clinique de la WISC-V. Les résultats confirment généralement les hypothèses basées sur les recherches antérieures et les fondements théoriques du test (Wechsler, 2016).

4.2 Le Child and Youth Resilience Measure

4.2.1 Description

Cette échelle d'auto-évaluation est composée de 26 items pour les enfants de moins de 9 ans (CYRM-26) et de 28 items pour les enfants de plus de 9 ans (CYRM-28). Il s'agit d'un questionnaire de type échelle de Likert (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup, énormément) sur les ressources individuelles, relationnelles, communautaires et culturelles, qui augmentent la résilience des jeunes (Ungar & Liebenberg, 2011).

Ce questionnaire permet d'obtenir un score de résilience total et moyen. Plus le score de l'enfant est élevé, plus sa résilience est élevée. Les scores sont regroupés en trois thèmes : individu, fournisseurs de soins et contexte. Parmi les ressources individuelles figurent les aptitudes

personnelles, le soutien des pairs et les aptitudes sociales. Parmi les ressources des fournisseurs de soins figurent les besoins physiques et les besoins psychologiques. Parmi les ressources du contexte figurent le contexte spirituel, l'éducation et le contexte culturel. Chaque thème permet également d'obtenir un score total.

Pour les jeunes enfants, il est conseillé de lire les items à voix haute avec eux afin de s'assurer de leur bonne compréhension. Une limite de ce test serait l'utilisation de mots compliqués pour des enfants (exemple : « origine ethnique ») et, dans la version pour les plus de 9 ans (CYRM-28), l'utilisation d'items plus adaptés à des adolescents qu'à des enfants (exemple : item 20 : « J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable »).

4.2.2 Propriétés psychométriques

Les propriétés psychométriques de la version française de ce test semblent satisfaisantes (Liebenberg, Ungar, & de Vijver, 2011 ; Daigneault, Dion, Hébert, McDuff, & Collin-Vézina, 2013). Dans une étude de 2013, Daigneault, Dion, Hébert, McDuff et Collin-Vézina ont étudié la structure factorielle, la cohérence interne, la fidélité test-retest et la validité conceptuelle de la CYRM. Cette étude a démontré que les deux premiers thèmes (individu et fournisseurs de soins) du CYRM-28 présentent une forte consistance interne et une forte validité conceptuelle. A contrario, la composante résilience communautaire/spirituelle a montré une plus faible consistance interne. Les résultats questionnent également la contribution de certains des 28 items, quelques-uns n'étant pas corrélés avec d'autres ou ne correspondant pas à des composantes spécifiques.

4.3 Le Child Post-Traumatic Stress Reaction Index

4.3.1 Description

Ce questionnaire d'auto-évaluation (Frederick, Pynoos, & Nader, 1992 ; cités par Biérault & Turgeon, 2008) est composé de 20 items de type échelle de Likert (jamais, presque jamais, parfois, souvent, tout le temps). Il convient aux enfants de 6 à 16 ans et, pour les jeunes enfants, il est conseillé de lire les items à voix haute afin de s'assurer de leur bonne compréhension. Le CPTS-RI permet d'évaluer la présence de symptômes de trouble de stress post-traumatique après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant. Ce questionnaire évalue trois catégories de symptômes du DSM : intrusion, évitement et activation neurovégétative.

Le Child Post-traumatic Stress Reaction Index évalue la gravité des réactions post-traumatiques, mais il ne permet pas de poser un diagnostic de TSPT. Plus le score de l'enfant est élevé, plus ce dernier présente des symptômes de psychotraumatisme. Le CPTS-RI contient 3 facteurs (Biéroult & Turgeon, 2008) : le facteur 1 comprend les symptômes de reviviscences de l'événement, d'émoussement des capacités de réaction, de désintérêt pour le monde extérieur ainsi que d'évitement. Le facteur 2 comprend les symptômes de peurs et d'anxiété secondaires à l'événement. Le facteur 3 comprend les difficultés de concentration à l'école et les troubles du sommeil.

En 1985, Frederick (cité par Biéroult & Turgeon, 2008) range les scores obtenus en cinq catégories : peu de probabilité d'un TSPT (résultats entre 0 et 11), TSPT léger (résultats entre 12 et 24), TSPT modéré (résultats entre 25 et 39), TSPT grave (résultats entre 40 et 59) et TSPT très grave (résultats entre 60 et 80). En 2012, Landolt et al. (cités par Olliac et al., 2014) définissent le seuil diagnostique à 24 ; l'enfant souffrirait donc d'un trouble du stress post-traumatique lorsque ses résultats sont supérieurs à 24.

4.3.2 Propriétés psychométriques

Selon Biéroult et Turgeon (2008), la version française de l'échelle révèle des propriétés psychométriques satisfaisantes. De même, en 2014, les résultats d'une étude (Olliac et al.) suggèrent que le CPTS-RI présente une cohérence interne, une fiabilité test-retest, une validité concurrente et une validité factorielle satisfaisantes chez les enfants d'âge scolaire de langue française.

Partie 5 : Résultats

1. Données descriptives de l'échantillon

1.1. Données sociodémographiques

Notre échantillon était composé de 40 enfants dont 30 (75%) enfants tout-venant et 10 (25 %) enfants placés en famille d'accueil. 100% (n=40) des enfants rencontrés ont participé à l'entièreté de l'étude. Lors de l'anamnèse (premier rendez-vous), les parents biologiques (pour les tout-venant) ou les parents d'accueil (pour les enfants placés) étaient présents.

Notre échantillon était composé de 55% (n=22) de filles et de 45% (n=18) de garçons. La moyenne d'âge des enfants recrutés était de 8.62 (E-T=1.82). La répartition des âges des enfants est présentée dans la figure 1 ci-dessous.

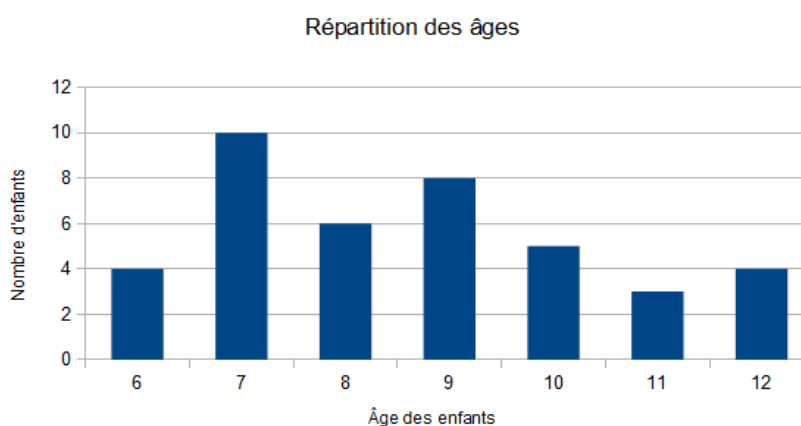


Figure 1 : répartition des âges des sujets

Les enfants de notre échantillon avaient vécu divers types d'événements potentiellement traumatisants : 11 avaient vécu un accident (27.5%), 8 une hospitalisation (20%) , 8 un décès d'un proche (20%). 3 enfants ont vécu de la violence physique (7.5%), 2 l'hospitalisation d'un proche (5%) ou un cambriolage (5%). Les autres enfants avaient vécu un abandon parental (n=1, 2.5%), une séparation avec leurs parents (n=1, 2.5%), avaient habité dans un pays en guerre (n=1, 2.5%), avaient subi des abus sexuels (n=1, 2.5%), ou encore avaient été témoins de violence conjugale (n=1, 2.5%) ou de toxicomanie parentale (n=1, 2.5%).

Lors du premier entretien avec les parents, nous nous sommes renseignés sur la présence d'un suivi psychologique consécutif à l'événement potentiellement traumatisant vécu par l'enfant. Au sein de notre échantillon, 77.5% (n=31) des enfants n'ont bénéficié d'aucun suivi psychologique tandis que 22.5% (n=9) ont bénéficié d'un tel suivi.

Les parents (n=80) étaient également questionnés au sujet de leur niveau d'études (ou du niveau d'études des parents biologiques pour les enfants placés). Ces informations ainsi que l'ensemble des données sociodémographiques sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des enfants de notre échantillon

| Catégorie | Contenu | Échantillon | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------|-------|
| | | N | % |
| Sexe | Filles | 22 | 55 |
| | Garçons | 18 | 45 |
| Suivi psychologique | Oui | 9 | 22.5 |
| | Non | 31 | 77.5 |
| Événement vécu | Hospitalisation | 8 | 20 |
| | Hospitalisation d'un proche | 2 | 5 |
| | Accident | 11 | 27.5 |
| | Décès d'un proche | 8 | 20 |
| | Cambriolage | 2 | 5 |
| | Violence conjugale | 1 | 2.5 |
| | Toxicomanie parentale | 1 | 2.5 |
| | Abandon parental | 1 | 2.5 |
| | Violence physique | 3 | 7.5 |
| | Abus sexuels | 1 | 2.5 |
| | Séparation avec les parents | 1 | 2.5 |
| | Guerre | 1 | 2.5 |
| Niveau d'études des parents | Primaire | 2 | 2.5 |
| | Secondaire inférieur | 9 | 11.25 |
| | Secondaire supérieur | 13 | 16.25 |
| | Formation professionnelle (1 an) | 4 | 5 |
| | Graduat | 21 | 26.25 |
| | Universitaire | 21 | 26.25 |
| | Données manquantes | 10 | 12.5 |

1.1.1 Les enfants tout-venant

Concernant les enfants tout-venant (n=30), 40% (n=12) des enfants de notre échantillon ont été recrutés au sein de l'Unité scout de Saint-Quirin, 30% (n=9) provenaient de l'École du Sacré-Cœur tandis que les 30% (n=9) restants provenaient de l'École fondamentale Saint-Quirin.

Notre échantillon était composé de 57% (n=17) de filles et de 43% (n=13) de garçons. L'âge moyen était de 8.6 (E-T=1.81). La répartition des âges des enfants tout-venant est présentée dans la figure 2.

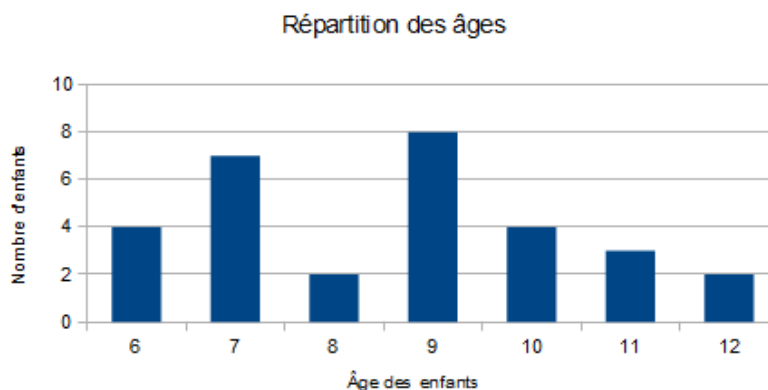


Figure 2 : répartition des âges des enfants tout-venant

En ce qui concerne la présence d'un suivi psychologique, 83.33% (n=25) des enfants n'ont bénéficié d'aucun suivi psychologique tandis que 16.67% (n=5) ont bénéficié d'un tel suivi. Les événements vécus par les enfants, le niveau d'études des parents ainsi que l'ensemble des données sociodémographiques des enfants tout-venant sont présentés dans le tableau A1 au sein des annexes.

1.1.2 Les enfants placés en famille d'accueil

En ce qui concerne l'échantillon des enfants placés en famille d'accueil (n=10), nous avons recruté 50% (n=5) d'entre eux au sein du service Accueil et Solidarité de Huy, 40% (n=4) au sein du service de La Sauvegarde Familiale de Liège, et les 10% (n=1) restants au sein du service L'Accueil Familial de Namur. Parmi notre échantillon, 50% (n=5) étaient des filles et 50% (n=5) étaient des garçons. L'âge moyen était de 8.7 (E-T = 1.82). La répartition des âges des enfants tout-venant est présentée dans la figure 3.

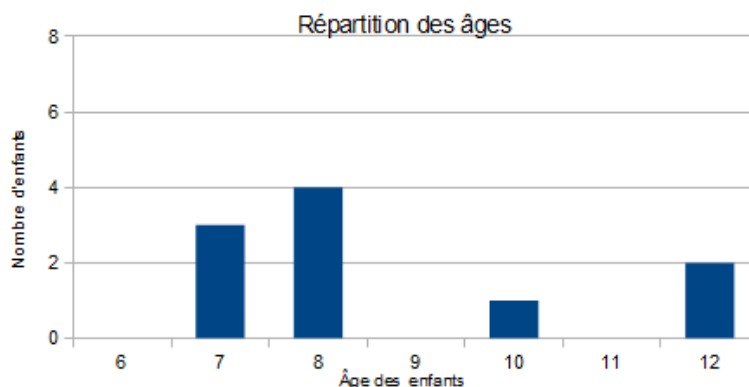


Figure 3 : répartition des âges des enfants placés

En ce qui concerne la présence d'un suivi psychologique, 60% (n=6) des enfants placés n'ont

bénéficié d'aucun suivi psychologique tandis que 40% (n=4) ont bénéficié d'un tel suivi. Les événements vécus par les enfants, le niveau d'études des parents ainsi que l'ensemble des données sociodémographiques des enfants placés sont présentés dans le tableau A2 au sein des annexes.

Chez les enfants placés, la date du début du placement, le nombre de placements et la présence de contacts avec les parents biologiques étaient également étudiés. Ces informations se trouvent dans le tableau 2 présenté ci-dessous.

Tableau 2 : Données sociodémographiques spécifiques aux enfants placés en famille d'accueil

| Catégorie | Contenu | N | % |
|------------------------------|--------------------|---|----|
| Début du placement | 2011 | 4 | 40 |
| | 2012 | 2 | 20 |
| | 2013 | 1 | 10 |
| | 2014 | 1 | 10 |
| | 2016 | 1 | 10 |
| | 2017 | 1 | 10 |
| Nombre de placements | 1 | 7 | 70 |
| | 2 | 1 | 10 |
| | 3 | 2 | 20 |
| Contacts parents biologiques | Les deux | 2 | 20 |
| | La mère uniquement | 5 | 50 |
| | Le père uniquement | 1 | 10 |
| | Aucun | 2 | 20 |

1.2. Statistiques descriptives

Nos analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.4. Nos statistiques descriptives principales sont présentées dans les tableaux A3 et A4 au sein des annexes.

Tout d'abord, la moyenne du quotient intellectuel total des enfants de notre échantillon est de 106.1 (E-T=16.24). Nous avons testé la normalité de cette variable à l'aide du test de Shapiro-Wilk ; les résultats démontrent que la distribution de cette variable est normale ($W=0.96$, $p=0.19 > 0.05$). Comme expliqué dans la partie méthodologie, Wechsler (2016) range les scores de quotient intellectuel obtenus en sept catégories (cf. p.46). En suivant cette classification, nous obtenons les résultats suivants : au sein de notre échantillon, 2.5% (N=1) des enfants ont un QI « Très faible », 5% (N=2) ont un QI « Limite », 10% (N=4) ont un QI « Moyen faible », 35% (N=14) ont un QI « Moyen », 22.5% (N=9) ont un QI « Moyen fort », 22.5% (N=9) ont un QI « Supérieur » et 2.5% (N=1) ont un QI « Très supérieur ».

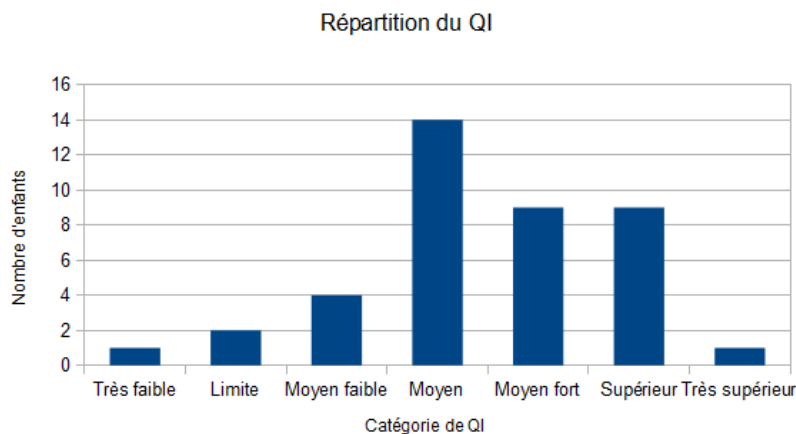


Figure 4 : répartition du QI des sujets

Ensuite, concernant la résilience des enfants de notre échantillon, la moyenne des scores au CYRM est de 101.10 (E-T 12.25) ; ce qui correspond à une réponse moyenne de 3.60 (E-T=0.5). Rappelons que les items sont cotés de 1 à 5 et que plus le score est élevé, plus la résilience de l'enfant est élevée. Comme pour la variable QI, les résultats démontrent que la distribution de la résilience est normale ($W=0.98$, $p=0.82 > 0.05$).

Enfin, en ce qui concerne les symptômes de TSPT présentés par les enfants, le score moyen au CPTS-RI est de 27.33 (E-T=12.39). La distribution de cette variable est normale ($W=0.97$, $p=0.37 > 0.05$). Comme expliqué dans la partie méthodologie, Frederick (cité par Biérault & Turgeon, 2008) range les scores obtenus en cinq catégories (cf. p.50). En suivant cette classification, nous obtenons les résultats suivants : au sein de notre échantillon, 12.5 % des enfants (N=5) avaient une faible probabilité de souffrir d'un TSPT, 35 % présentaient un TSPT léger (N=14), 35 % rapportaient un TSPT modéré (N=14) et 7 % un TSPT sévère (N=7). Landolt et al. (cités par Olliac et al, 2014), quant à eux, ont défini un seuil diagnostique à 24 ; dans notre échantillon, 47.5% des enfants sont en dessous du seuil diagnostique (N=19) tandis que 52.5 % (N=21) sont au-dessus et souffriraient donc d'un TSPT.

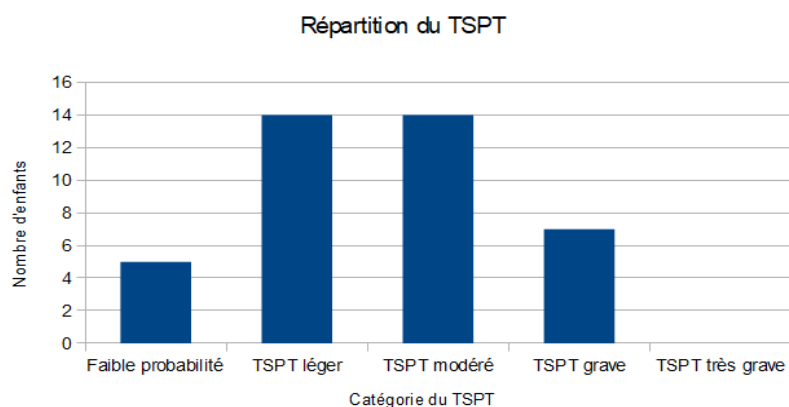


Figure 5 : répartition du TSPT des sujets

2. Analyse des variables en lien avec le psychotraumatisme de l'enfant

2.1 Résultats préliminaires

2.1.1 Sexe des participants

Nous avons utilisé le test t de student (pour les variables normalement distribuées) et le test de Wilcoxon pour deux échantillons indépendants (équivalent non paramétrique) pour évaluer l'influence du sexe du participant sur nos différentes mesures (capacités intellectuelles, développement d'un TSPT et résilience). Les résultats obtenus mettent en évidence une absence de différence significative concernant la moyenne des filles et des garçons au questionnaire de TSPT ($t=0.84$, $p=0.4055 > 0.05$) et au questionnaire de résilience ($t=0.31$, $p=0.7561 > 0.05$). A contrario, nous observons une tendance significative entre le sexe de l'enfant et son score au test de quotient intellectuel ($t=1.76$, $p=0.0858 < 0.10$). Cette tendance signifierait que les filles de notre échantillon (moyenne de 107.8, $n=22$) présenteraient de meilleurs scores au test de QI que les garçons (moyenne de 101.7, $n=18$). Néanmoins, il est important de rester prudent face à cette tendance étant donné qu'elle n'est pas significative ($p < 0.10$). Par contre, nous obtenons une différence significative entre le sexe de l'enfant et son score en vitesse de traitement au test de quotient intellectuel ($T=2.93$, $p=0.005 < 0.05$). Cette différence signifie que les filles (moyenne de 107.18, $n=22$) présenteraient de meilleurs scores en vitesse de traitement que les garçons (moyenne de 96.16, $n=18$).

2.1.2 Âge des participants

Afin d'évaluer l'influence de l'âge sur nos variables, nous avons utilisé des corrélations de rangs de Spearman. Les résultats obtenus mettent en évidence une absence de corrélation significative entre l'âge de l'enfant et ses capacités intellectuelles ($r=0.25$, $p=0.1$) ainsi qu'avec sa résilience ($r=0.16$, $p=0.31$). Par contre, nous obtenons une tendance significative entre l'âge de l'enfant et son score au questionnaire de TSPT ($r=-0.28$, $p=0.07 < 0.10$). Ainsi, plus l'enfant est âgé, moins il présenterait de symptômes de trouble du stress post-traumatique. Plus précisément, nous obtenons une tendance significative entre l'âge de l'enfant et son score au facteur 1 (reviviscence et évitement) du CPTS-RI ($r=-0.29$, $p=0.06 < 0.10$). Ces résultats indiquent que plus l'enfant est âgé, moins il présente de symptômes de reviviscence et d'évitement à la suite d'un événement potentiellement traumatisant. Toutefois, ces tendances n'étant pas significatives ($p < 0.10$), nous devons rester prudents quant à leur interprétation.

2.1.3 Groupe des participants (tout-venant vs placés)

Nous avons utilisé le test Chi-carré ou le test Chi-carré de Fisher (table 2x2) pour évaluer l'influence du groupe sur différentes variables nominales de notre étude. Les résultats obtenus mettent en évidence une absence de significativité concernant l'influence du groupe de l'enfant sur les variables « suivi psychologique » ($\text{Chi}^2=2.34$, $p=0.11 > 0.05$) et « genre » ($\text{Chi}^2=0.13$, $p=0.73 > 0.05$). Par contre, les analyses indiquent que le niveau d'études de la mère ($\text{Chi}^2=22.87$, $p=0.0001 < 0.05$) et le niveau d'études du père ($\text{Chi}^2=18.09$, $p=0.0012 < 0.05$) n'est pas indépendant du groupe de l'enfant. Les résultats nous montrent donc que le niveau d'étude des parents varie selon le groupe (tout-venant ou placés) des enfants.

Pour tester l'influence du groupe sur le quotient intellectuel de l'enfant et sa résilience, nous avons utilisé le test de Wilcoxon pour deux échantillons indépendants. Les résultats obtenus mettent en évidence une tendance significative entre la moyenne des enfants tout-venant et placés au test de quotient intellectuel ($T=146$, $p=0.07 < 0.10$). Cette tendance signifie que les enfants tout-venant de notre échantillon (moyenne de rangs=22.46, $n=30$) présenteraient de meilleurs scores au test de QI que les enfants placés (moyenne de rangs=14.6, $n=10$). Néanmoins, cette tendance n'est pas significative ($p < 0.10$). En outre, les résultats démontrent une absence de différence significative ($T=157.5$, $p=0.14 > 0.05$) concernant la moyenne des enfants tout-venant et placés au questionnaire de résilience.

2.1.4 Autres variables

En ce qui concerne la présence d'un suivi psychologique, nous avons obtenu une absence de relation significative avec le quotient intellectuel ($t=0.34$, $p=0.73 > 0.05$), la présence de symptômes de TSPT ($t=-1.2$, $p=0.24 > 0.05$) et la résilience de l'enfant ($t=1.14$, $p=0.26 > 0.05$) en utilisant le test t de student et le test de Wilcoxon pour échantillons indépendants.

Pour évaluer l'influence de la gravité de l'événement vécu sur nos variables, nous avons réalisé un sondage auprès de 20 sujets entre 6 et 62 ans ; ils devaient donner une note de gravité à l'événement entre 1 et 10, 1 étant très faible et 10 très élevé. Nous avons ensuite coté l'événement en calculant la moyenne des notes reçues. Vous retrouverez les différents événements vécus par nos sujets et leur score de gravité moyen au sein du tableau A5. Pour étudier le lien entre la gravité et nos variables, nous avons réalisé des corrélations de rangs de Spearman. Nous observons une absence de relation significative de la gravité de l'événement avec le quotient intellectuel ($r=-0.05$, $p=0.7$), la présence de symptômes de TSPT ($r=0.12$,

$p=0.4$) et la résilience de l'enfant ($r=-0.05$, $p=0.7$).

2.1.5 Variables spécifiques aux enfants placés en famille d'accueil

En ce qui concerne le nombre de placements, nous obtenons une absence de relation significative avec le genre de l'enfant ($p=0.29$), avec l'âge de l'enfant ($p=0.39$), avec la présence de contacts avec les parents ($p=0.30$) ainsi qu'avec le quotient intellectuel de l'enfant ($p=0.15$). Par contre, nous obtenons une corrélation positive significative ($r=0.70$, $p=0.01 < 0.05$) entre le nombre de placements de l'enfant et sa résilience familiale. Ainsi, plus l'enfant aurait vécu de placements, plus son score relatif aux soins prodigués par sa famille d'accueil est élevé.

En ce qui concerne les contacts avec les parents biologiques, nous obtenons une absence de relation significative avec le genre de l'enfant ($p=0.66$), l'âge de l'enfant ($p=0.45$), son quotient intellectuel ($p=0.56$) et avec sa résilience ($p=0.21$).

2.2 Résultats concernant la première hypothèse

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur sa probabilité de développer un trouble du stress post-traumatique.

2.2.1 Hypothèse 1a

Notre hypothèse est que plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes, moins il risque de développer un traumatisme psychique. Nous avons utilisé des corrélations de Pearson (normalité des variables) et des corrélations de rangs de Spearman (lorsque les variables ne sont pas normalement distribuées) afin de tester nos différentes hypothèses. Les résultats mettent en évidence une corrélation négative significative ($r=-0.37$, $p=0.01 < 0.05$) entre le quotient intellectuel de l'enfant et son score à l'échelle de TSPT. Cette corrélation appuie notre hypothèse selon laquelle plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes, moins il présente de symptômes de psychotraumatisme.

Plus précisément, nous trouvons une corrélation négative significative entre le QI de l'enfant et son score au facteur 2 ($r=-0.33$, $p=0.03 < 0.05$) et au facteur 3 ($r=-0.35$, $p=0.02 < 0.05$) du questionnaire sur le psychotraumatisme (le CPTS-RI). Comme expliqué dans la méthodologie, le facteur 2 reprend les symptômes de peur et d'anxiété secondaires à l'événement potentiellement traumatisant. Le facteur 3, quant à lui, comprend les difficultés de concentration et les troubles du sommeil. Concernant le lien entre le quotient intellectuel de l'enfant et le

facteur 1 (reviviscence et évitement) du CPTS-RI, nous obtenons une tendance négative significative ($r=-0.26$, $p=0.09 < 0.10$). Ainsi, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont élevées, moins il présente l'ensemble des symptômes du trouble du stress post-traumatique. Néanmoins, notons que, pour les symptômes de reviviscence et d'évitement, nous parlons de tendance ($p<0.10$) car la différence n'est pas significative au seuil de $p<0.05$.

Tableau 3 : Résultats des corrélations entre le quotient intellectuel de l'enfant et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | Valeur corrélation | Valeur p |
|----------------------|--------------------|----------|
| QI total & CPTS-RI | -0.37 | 0.01** |
| QI total & Facteur 1 | -0.26 | 0.09* |
| QI total & Facteur 2 | -0.33 | 0.03** |
| QI total & Facteur 3 | -0.35 | 0.02** |

* $p < 0.10$ ** $p < 0.05$

Ensuite, nous avons réalisé des régressions linéaires, afin de mesurer plus précisément l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur ses symptômes de TSPT. Nous obtenons une régression linéaire significative ($F=6.07$, $p=0.01 < 0.05$) entre le QI de l'enfant et ses symptômes de psychotraumatisme. Ce résultat signifie que 13.76% ($R^2=0.1376$) de la variance des scores au CPTS-RI sont expliqués par les capacités intellectuelles des enfants. De même, nous obtenons une régression linéaire significative ($F=6.49$, $p=0.01 < 0.05$) entre le QI de l'enfant et son score au facteur 2 (peur et anxiété) du CPTS-RI. Ce résultat indique que 14.58% ($R^2=0.1458$) de la variance des scores au facteur 2 de ce questionnaire sont expliqués par les capacités intellectuelles de l'enfant. Néanmoins, la distribution du facteur 2 du questionnaire de psychotraumatisme n'est pas normale ; il faut donc rester prudent dans notre interprétation de ces résultats. Les régressions linaires entre le QI de l'enfant et les facteurs 1 et 3 du CPTS-RI ne sont pas significatives.

En conclusion, les capacités intellectuelles de l'enfant semblent pouvoir expliquer son score au questionnaire de psychotraumatisme. Notre première hypothèse est confirmée ; plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont élevées, moins il présente de symptômes d'un psychotraumatisme.

2.2.2 Hypothèse 1b

Ensuite, nous émettons l'hypothèse que plus les capacités de l'enfant en compréhension verbale sont hautes, moins il risque de développer un psychotraumatisme. À l'inverse, les autres types d'intelligence reprises dans le quotient intellectuel (intelligence visuospatiale, raisonnement fluide, mémoire de travail et vitesse de traitement) n'impacteraient pas l'apparition d'un trouble du stress post-traumatique.

Pour tester ces hypothèses, nous avons utilisé des corrélations de Pearson et des corrélations de rangs de Spearman. Les résultats mettent en évidence une corrélation négative significative ($r=-0.32$, $p=0.04 < 0.05$) entre le raisonnement fluide de l'enfant et son score à l'échelle de TSPT. Ils démontrent également une corrélation négative significative ($r=-0.39$, $p=0.01 < 0.05$) entre la vitesse de traitement de l'enfant et son score à cette échelle. Ces résultats signifient que plus l'enfant possède de hautes capacités en raisonnement fluide ou en vitesse de traitement, moins il présente de symptômes d'un psychotraumatisme. A contrario, nous observons une absence de corrélation significative entre l'indice de compréhension verbale, l'indice visuospatial et l'indice de mémoire de travail avec le score à l'échelle de TSPT. Néanmoins, notons que la corrélation entre le score en compréhension verbale de l'enfant et son score de TSPT ($r=-0.27$, $p=0.08 < 0.10$) tend à la significativité ($p < 0.10$). Ainsi, il semblerait que plus les scores de l'enfant en compréhension verbale sont hauts, moins il présente de symptômes de TSPT. Il s'agit ici d'une tendance et non d'un résultat significatif ; nous devons donc rester prudents quant à son interprétation.

Tableau 4 : Résultats des corrélations entre les différents indices du quotient intellectuel de l'enfant et son score à l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | Valeur corrélation | Valeur p |
|---------------|--------------------|----------|
| ICV & CPTS-RI | -0.27 | 0.08* |
| IVS & CPTS-RI | -0.20 | 0.20 |
| IRF & CPTS-RI | -0.32 | 0.04** |
| IMT & CPTS-RI | -0.23 | 0.14 |
| IVT & CPTS-RI | -0.39 | 0.01** |

* $p < 0.10$ ** $p < 0.05$

Lorsque nous étudions plus précisément les différents facteurs liés au psychotraumatisme, nous trouvons une corrélation négative significative entre le raisonnement fluide de l'enfant et son score au facteur 3 du CPTS-RI ($r=-0.32$, $p=0.04 < 0.05$) ainsi qu'une tendance significative

entre cet indice et le facteur 2 ($r=-0.31$, $p=0.05$). Une corrélation significative négative est également présente entre la vitesse de traitement de l'enfant et son score au facteur 2 ($r=-0.34$, $p=0.02 < 0.05$) et au facteur 3 ($r=-0.37$, $p=0.01 < 0.05$) ainsi qu'une tendance significative avec le facteur 1 ($r=-0.29$, $p=0.06 < 0.10$) du questionnaire de TSPT. Ainsi, les analyses statistiques démontrent que plus les capacités de raisonnement fluide de l'enfant sont hautes, moins il présente de symptômes de peur, d'anxiété, de difficultés de concentration et de troubles de sommeil à la suite d'un événement potentiellement traumatisant. Ensuite, plus les capacités en vitesse de traitement de l'enfant sont hautes, moins il présente l'ensemble des symptômes d'un psychotraumatisme. Nous observons également des tendances négatives significatives entre la compréhension verbale de l'enfant et le facteur 3 du CPTS-RI ($r=-0.29$, $p=0.06 < 0.10$).

Tableau 5 : Résultats des corrélations entre les différents indices du quotient intellectuel de l'enfant et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | Facteur 1 | Facteur 2 | Facteur 3 |
|-----|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ICV | $r = -0.19$ $p = 0.22$ | $r = -0.24$ $p = 0.12$ | $r = -0.29$ $p = 0.06^*$ |
| IRF | $r = -0.21$ $p = 0.17$ | $r = -0.31$ $p = 0.05^*$ | $r = -0.32$ $p = 0.04^{**}$ |
| IVT | $r = -0.29$ $p = 0.06^*$ | $r = -0.34$ $p = 0.02^{**}$ | $r = -0.37$ $p = 0.01^{**}$ |

* $p < 0.10$ ** $p < 0.05$

Des régressions linéaires ont également été utilisées pour mesurer l'impact des différents types d'intelligence de l'enfant sur ses symptômes de TSPT. Nous obtenons une régression linéaire significative ($F=7.41$, $p=0.01 < 0.05$) entre le score en vitesse de traitement de l'enfant et ses symptômes de psychotraumatisme. Ce résultat signifie que 16.32% ($R^2=0.1632$) de la variance des scores au CPTS-RI sont expliqués par la vitesse de traitement des enfants. Nous obtenons également une régression linéaire significative des scores en vitesse de traitement de l'enfant avec le facteur 1 ($F=4.24$, $p=0.04 < 0.05$), le facteur 2 ($F=6.46$, $p=0.01 < 0.05$) et le facteur 3 ($F=4.48$, $p=0.04 < 0.05$) du CPTS-RI. Ces résultats signifient que 10.03% ($R^2=0.1003$) de la variance des scores au facteur 1 du CPTS-RI, que 14.53% ($R^2=0.1453$) de la variance des scores du facteur 2 du CPTS-RI et 10.55% ($R^2=0.1054$) de la variance des scores du facteur 3 sont expliqués par le score en vitesse de traitement des enfants. Cependant, toutes ces variables ne remplissent pas les conditions d'utilisation de la régression ; il faut donc rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats. Nous observons une absence de significativité lorsque nous étudions l'influence des capacités en raisonnement fluide de l'enfant sur ses symptômes de

TSPT.

En conclusion, les capacités en raisonnement fluide et en vitesse de traitement de l'enfant semblent liées à son score au questionnaire de psychotraumatisme. Notre hypothèse n'est que partiellement confirmée ; nous n'observons pas de lien significatif entre les capacités en compréhension verbale de l'enfant et son score au questionnaire de TSPT, mais nous pouvons souligner la présence d'une tendance significative entre ces variables. A contrario, les résultats indiquent que plus les capacités de raisonnement fluide ou de vitesse de traitement de l'enfant sont hautes, moins il présente de symptômes d'un psychotraumatisme.

2.2.3 Hypothèse 1c

Enfin, nous nous attendons à ce que l'exposition à des facteurs de stress extrêmes l'emporte sur l'effet des prédispositions intellectuelles. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que, dans le cas d'événements de faible gravité, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes, moins il risque de développer un traumatisme psychique. Par contre, dans le cas d'événements de forte gravité, les capacités intellectuelles de l'enfant ne le protégeraient pas d'un psychotraumatisme.

Pour rappel, pour évaluer la gravité des événements vécus par notre échantillon, nous avons réalisé un sondage auprès de 20 sujets entre 6 et 62 ans. La moyenne de notre mesure de gravité est de 5.22 (E-T 1.68). Nous avons ensuite considéré comme faibles les scores en dessous de cette moyenne, alors que les scores situés au-dessus étaient considérés comme élevés (voir tableau A5 au sein des annexes). Pour tester ces hypothèses, nous avons utilisé des corrélations de rangs de Spearman. Nous n'obtenons aucune corrélation significative entre le quotient intellectuel de l'enfant et ses symptômes de TSPT, que ce soit en condition de faible ($p=0.12$) ou de forte gravité ($p=0.11$).

En raison des résultats peu significatifs obtenus, nous avons décidé d'évaluer la présence de corrélations qui tendent à la significativité ($p<0.10$). Dans la condition de faible gravité, nous obtenons une tendance négative significative ($r=-0.32$, $p=0.09 < 0.10$) entre le quotient intellectuel de l'enfant et son score au troisième facteur du CPTS-RI (difficultés de concentration et troubles de sommeil). A contrario, dans la condition de forte gravité, nous obtenons une tendance négative significative ($r=-0.51$, $p=0.06 < 0.10$) entre le quotient intellectuel de l'enfant et son score au second facteur du CPTS-RI (peur et anxiété). Cela signifie que plus le quotient intellectuel de l'enfant est élevé, moins il présenterait de difficultés de concentration et de troubles du sommeil lorsque l'événement est de faible gravité. Lorsque

l'événement est de forte gravité, il ressentirait moins d'anxiété et de peur à la suite de l'événement vécu lorsque son quotient intellectuel est élevé. Toutefois, il est important de rester prudent face à ces résultats étant donné qu'il s'agit de valeurs qui tendent à la significativité ($p < 0.10$).

Tableau 6 : Résultats des corrélations entre le quotient intellectuel de l'enfant et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI) selon la gravité de l'événement.

| | | Valeur corrélation | Valeur p |
|----------------|----------------|--------------------|----------|
| Faible gravité | QI & CPTS-RI | -0.30 | 0.12 |
| | QI & Facteur 1 | -0.19 | 0.32 |
| | QI & Facteur 2 | -0.24 | 0.21 |
| | QI & Facteur 3 | -0.32 | 0.09* |
| Forte gravité | QI & CPTS-RI | -0.45 | 0.11 |
| | QI & Facteur 1 | -0.36 | 0.22 |
| | QI & Facteur 2 | -0.51 | 0.06* |
| | QI & Facteur 3 | -0.45 | 0.11 |

* $p < 0.1$

En conclusion, nous ne pouvons pas confirmer notre hypothèse selon laquelle la gravité de l'événement influence l'impact du quotient intellectuel de l'enfant sur ses symptômes de TSPT.

2.3 Résultats concernant la deuxième hypothèse

Le second objectif de cette recherche est d'étudier l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur ses capacités de résilience. Notre hypothèse est que plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont élevées, plus sa résilience est, elle aussi, élevée.

Pour tester cette hypothèse, nous avons utilisé des corrélations de Pearson et des corrélations de rangs de Spearman. Les résultats mettent en évidence une corrélation positive significative ($r=0.31$, $p=0.04 < 0.05$) entre le quotient intellectuel de l'enfant et son score à l'échelle de résilience (CYRM). Ils démontrent également la présence d'une corrélation positive significative ($r=0.33$, $p=0.03 < 0.05$) entre les capacités visuospatiales de l'enfant et son score à l'échelle CYRM. En outre, nous obtenons une tendance positive significative ($r=0.29$, $p=0.06 < 0.10$) entre les capacités en compréhension verbale de l'enfant et son score à l'échelle de résilience. Ces corrélations appuient notre hypothèse selon laquelle plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes, plus sa résilience est élevée. Plus précisément, nos analyses soulignent que plus les capacités visuospatiales ou les capacités en compréhension verbale de l'enfant sont élevées, plus il est résilient.

Tableau 7 : Résultats des corrélations entre les différents indices du quotient intellectuel de l'enfant et ses scores à l'échelle de résilience (CYRM).

| | Valeur corrélation | Valeur p |
|-----------------------|--------------------|----------|
| Résilience & QI total | 0.31 | 0.04** |
| Résilience & ICV | 0.29 | 0.06* |
| Résilience & IVS | 0.33 | 0.03** |
| Résilience & IRF | 0.23 | 0.14 |
| Résilience & IMT | 0.16 | 0.29 |
| Résilience & IVT | 0.04 | 0.78 |

* $p < 0.10$ ** $p < 0.05$

Nous avons ensuite étudié de manière plus précise les différents types de résilience reprises dans notre questionnaire CYRM. Nous obtenons alors une corrélation positive significative entre la résilience liée au contexte culturel de l'enfant avec son quotient intellectuel total ($r=0.36$, $p=0.02 < 0.05$) ainsi qu'avec son indice de compréhension verbale ($r=0.37$, $p=0.01 < 0.05$). Ces données nous indiquent que plus l'enfant possède de hautes capacités intellectuelles (plus précisément, plus il possède de hautes capacités en compréhension verbale), plus il est résilient sur le plan culturel.

Ensuite, nous avons réalisé des régressions linéaires, afin de mesurer plus précisément l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur sa résilience. Nous obtenons une régression linéaire significative ($F=4.25$, $p=0.04 < 0.05$) entre le QI de l'enfant et son score à l'échelle de résilience. Ce résultat signifie que 10.05% ($R^2=0.1005$) de la variance des scores de résilience sont expliqués par les capacités intellectuelles de l'enfant. Une régression linéaire significative est également présente entre le QI de l'enfant et son score de résilience sur le plan culturel ($F=6.45$, $p=0.01 < 0.05$) ainsi qu'entre les capacités en compréhension verbale de l'enfant et ce même score de résilience culturelle ($F=7.04$, $p=0.01 < 0.05$). Ces résultats indiquent que 14.51% ($R^2=0.1451$) de la variance des scores de résilience culturelle sont expliqués par le quotient intellectuel des enfants et que 15.62% ($R^2=0.1562$) de la variance de cette résilience sont expliqués par les capacités de compréhension verbale des enfants. Par contre, nous devons rester vigilants quant à l'interprétation de ces résultats car toutes ces variables ne rencontrent pas les conditions d'utilisation des régressions linéaires (normalité de la distribution).

En conclusion, les capacités intellectuelles de l'enfant sont liées à son score au questionnaire de résilience. Notre deuxième hypothèse est confirmée ; plus les capacités intellectuelles de

l'enfant sont hautes, plus son score de résilience est élevé. Plus précisément, nos analyses soulignent que plus les capacités visuospatiales ou les capacités en compréhension verbale de l'enfant sont élevées, plus il est résilient. De plus, nos résultats nous indiquent que plus l'enfant possède de hautes capacités intellectuelles (plus précisément plus il possède de hautes capacités en compréhension verbale), plus il est résilient sur le plan culturel.

2.4 Résultats concernant la troisième hypothèse

Le troisième objectif de cette recherche est d'étudier le lien entre la résilience de l'enfant et sa probabilité de développer un trouble du stress post-traumatique. Nous émettons l'hypothèse que plus sa résilience est élevée, moins l'enfant risque de développer un trouble du stress post-traumatique.

Pour tester cette hypothèse, nous avons utilisé des corrélations de Pearson et des corrélations de rangs de Spearman. Nous observons que la corrélation entre la résilience de l'enfant et son score au questionnaire de psychotraumatisme n'est pas significative ; nous ne pouvons donc pas démontrer notre hypothèse. Par contre, nous obtenons des corrélations positives significatives entre la résilience familiale et les scores de l'enfant au questionnaire de psychotraumatisme ($r=0.31$, $p=0.04 < 0.05$). Plus précisément, nous observons une corrélation positive significative entre la résilience familiale et les scores de l'enfant au facteur 1 (reviviscence et évitement) du CPTS-RI ($r=0.33$, $p=0.03 < 0.05$). Ces résultats signifient que plus la résilience familiale de l'enfant est élevée, plus il présente de symptômes de psychotraumatisme, en particulier des symptômes de reviviscence et d'évitement.

Tableau 8 : Résultats des corrélations entre les scores de résilience de l'enfant et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | CPTS-RI | Facteur 1 | Facteur 2 | Facteur 3 |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Résilience totale | $r = -0.01$ $p = 0.94$ | $r = 0.06$ $p = 0.70$ | $r = -0.11$ $p = 0.47$ | $r = -0.14$ $p = 0.35$ |
| Résilience individuelle | $r = 0.02$ $p = 0.86$ | $r = -0.08$ $p = 0.59$ | $r = 0.02$ $p = 0.89$ | $r = -0.10$ $p = 0.51$ |
| Résilience familiale | $r = 0.31$ $p = 0.04^{**}$ | $r = 0.33$ $p = 0.03^{**}$ | $r = 0.18$ $p = 0.24$ | $r = 0.14$ $p = 0.36$ |
| Résilience contextuelle | $r = 0.03$ $p = 0.81$ | $r = -0.10$ $p = 0.51$ | $r = 0.11$ $p = 0.49$ | $r = -0.13$ $p = 0.41$ |

** $p < 0.05$

La résilience familiale comprend les soins physiques et psychologiques prodigués par les fournisseurs de soins. Lorsque nous analysons ces deux types de soins, nous obtenons une corrélation positive entre les soins psychologiques prodigués et les scores de l'enfant au questionnaire de psychotraumatisme ($r=0.34$, $p=0.03 < 0.05$) ainsi qu'à son facteur 1 ($r=0.36$, $p=0.02 < 0.05$). Par contre, nous observons une absence de corrélation significative entre les soins physiques prodigués et les scores au questionnaire de psychotraumatisme. Ainsi, plus l'enfant percevrait de soins psychologiques de la part de ses fournisseurs de soins, plus il présenterait de symptômes de psychotraumatisme, en particulier des symptômes de reviviscence et d'évitement.

Tableau 9 : Résultats des corrélations entre les scores de résilience familiale de l'enfant et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | Valeur corrélation | Valeur p |
|----------------------------------|--------------------|----------|
| Soins physiques & CPTS-RI | 0.16 | 0.31 |
| Soins physiques & Facteur 1 | 0.18 | 0.24 |
| Soins physiques & Facteur 2 | 0.12 | 0.44 |
| Soins physiques & Facteur 3 | 0.13 | 0.39 |
| Soins psychologiques & CPTS-RI | 0.34 | 0.03** |
| Soins psychologiques & Facteur 1 | 0.36 | 0.02** |
| Soins psychologiques & Facteur 2 | 0.20 | 0.19 |
| Soins psychologiques & Facteur 3 | 0.12 | 0.45 |

** $p < 0.05$

Ces résultats allant à l'encontre de notre hypothèse, nous avons décidé d'analyser plus précisément les items compris dans le questionnaire de résilience CYRM. Nous obtenons une corrélation positive significative entre l'item 17 du CYRM (« Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés ») et le CPTS-RI ($r=0.34$, $p=0.03 < 0.05$) ainsi qu'à son facteur 1 ($r=0.32$, $p=0.04 < 0.05$). Nous obtenons également une corrélation positive significative entre l'item 24 du CYRM (« Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins ») et le facteur 1 du CPTS-RI ($r=0.33$, $p=0.03 < 0.05$). Ces résultats signifient que plus l'enfant perçoit sa famille à ses côtés lors des moments difficiles et plus il se sent en sécurité avec eux, plus il présente des symptômes de reviviscence et d'évitement à la suite d'un événement potentiellement traumatisant.

Tableau 10 : Résultats des corrélations entre les scores de l'enfant aux items concernant les soins prodigués par ses fournisseurs de soins et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | CPTS-RI | Facteur 1 |
|--|------------------------|------------------------|
| Item 17 : « Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés » | r = 0.34 p = 0.03** | r = 0.32 p = 0.04** |
| Item 24 : « Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins » | r = 0.21 p = 0.17 | r = 0.33 p = 0.03** |

** p < 0.05

Nous avons ensuite étudié plus précisément les différents items du CPTS-RI pour évaluer leurs liens avec les items 17 et 24 du CYRM. Nous obtenons une corrélation positive significative entre l'item 17 du CYRM et les items 3 (r=0.36, p=0.01) et 5 du CPTS-RI (r=0.44, p=0.004). Nous obtenons également une corrélation positive significative (r=0.36, p=0.02) entre l'item 3 du CPTS-RI et l'item 24 du CYRM. L'item 3 questionne la présence de reviviscences (images ou bruits) qui rappellent à l'enfant ce qui lui est arrivé. L'item 5, quant à lui, questionne l'enfant sur ses bons ou ses mauvais rêves. Ces résultats indiquent que plus l'enfant perçoit sa famille à ses côtés lors des moments difficiles et plus il se sent en sécurité avec eux, plus il revoit des images ou des bruits qui lui rappellent l'événement. En outre, plus il perçoit sa famille à ses côtés, plus il fait des rêves à propos de l'événement ou des cauchemars. Vous retrouverez ces résultats dans le tableau A6 au sein des annexes.

Des régressions linéaires ont également été utilisées. Nous obtenons une régression linéaire significative (F=4.32, p=0.04 < 0.05) entre la résilience familiale de l'enfant et son score à l'échelle de psychotraumatisme. Ce résultat signifie que 10.21% (R²=0.1021) de la variance des scores de psychotraumatisme sont expliqués par la résilience familiale de l'enfant. Une régression linéaire significative est également présente entre les soins psychologiques prodigués par les parents et le score de l'enfant à l'échelle de psychotraumatisme (F=4.16, p=0.04 < 0.05). Ces résultats indiquent que 9.87% (R²=0.0987) de la variance des scores de psychotraumatisme sont expliqués par les soins psychologiques prodigués par les fournisseurs de soins.

En conclusion, nous ne pouvons pas confirmer notre hypothèse selon laquelle plus sa résilience est élevée, moins l'enfant risque de développer un trouble du stress post-traumatique. Au contraire, nous observons que plus l'enfant perçoit des soins psychologiques de la part de ses fournisseurs de soins, plus il présente de symptômes de psychotraumatisme.

2.5 Résultats concernant la quatrième hypothèse

Le quatrième objectif de cette recherche est de comparer les résultats obtenus chez des enfants tout-venant avec ceux obtenus chez des enfants vivant en famille d'accueil.

2.5.1 Hypothèse 4a

Le placement en famille d'accueil étant un événement potentiellement traumatisant pour un enfant, nous émettons l'hypothèse que les enfants placés sont plus nombreux à présenter un trouble du stress post-traumatique en comparaison des enfants tout-venant.

Pour tester cette hypothèse, nous avons tout d'abord utilisé un test de Wilcoxon pour deux échantillons indépendants. Nous obtenons une absence de significativité ($T=209.5$, $p=0.90 > 0.05$), nous ne pouvons donc pas confirmer notre hypothèse. Selon Landolt et al. (cités par Olliac et al., 2014), l'enfant souffrirait d'un trouble du stress post-traumatique lorsque ses résultats sont supérieurs à 24. Nous avons donc trié nos données et défini deux catégories : les enfants ne souffrant pas de TSPT (résultats de 0 à 24) et les enfants souffrant d'un TSPT (résultats >24). Nous avons utilisé un test de Chi-carré, mais n'obtenons pas de différence significative entre les groupes ($\text{Chi}^2=0.03$, $p=0.85 > 0.05$). Frederick (cité par Biéroult & Turgeon, 2008) range, quant à lui, les scores obtenus en cinq catégories : peu de probabilité d'un TSPT (résultats entre 0 et 11), TSPT léger (résultats entre 12 et 24), TSPT modéré (résultats entre 15 et 39), TSPT grave (résultats entre 50 et 59) et TSPT très grave (résultats entre 60 et 80). Ainsi, nous avons trié nos variables selon les catégories susmentionnées, mais n'obtenons pas de différence significative entre les groupes ($\text{Chi}^2=2.74$, $p=0.43 > 0.05$).

En conclusion, nos analyses statistiques ne nous permettent pas de confirmer notre hypothèse selon laquelle les enfants placés sont plus nombreux à présenter un trouble du stress post-traumatique.

1.5.2 Hypothèse 4b

Nous émettons l'hypothèse que les enfants placés ont vécu des événements potentiellement traumatisants de plus forte gravité. Dès lors, nous ne pensons pas trouver de corrélation significative entre les capacités intellectuelles et le traumatisme psychique chez les enfants placés. Par contre, chez les enfants tout-venant, plus leurs capacités intellectuelles seraient élevées, moins ils présenteraient de symptômes d'un psychotraumatisme.

Pour tester la première partie de notre hypothèse, nous avons réalisé un test de Wilcoxon pour deux échantillons indépendants. Nous obtenons une différence significative ($T=282.5$, $p=0.01 < 0.05$) entre les scores de gravité des enfants placés et ceux des enfants tout-venant. Ces résultats indiquent que les enfants placés ont vécu des événements d'une gravité plus élevée (moyenne=6.81, $E-T=1.91$) que les enfants tout-venant (moyenne=4.92, $E-T=1.34$).

Pour tester la seconde partie de notre hypothèse, nous avons réalisé des corrélations de rangs de Spearman. Nous observons une absence de corrélation significative ($p=0.15$) entre le QI des enfants placés et leur score au questionnaire de TSPT. Chez les enfants tout-venant, nous obtenons une tendance négative significative ($r=-0.31$, $p=0.09 < 0.10$) entre le quotient intellectuel de l'enfant et ses symptômes de TSPT. Toutefois, il est important de rester prudent face à ces résultats étant donné qu'il s'agit de valeurs qui tendent à la significativité ($p < 0.10$).

Tableau 11 : Résultats des corrélations entre le quotient intellectuel de l'enfant et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI) selon le groupe de l'enfant.

| | | Valeur corrélation | Valeur p |
|---------------------|-----------|--------------------|----------|
| Enfants placés | QI & TSPT | -0.48 | 0.15 |
| Enfants tout-venant | QI & TSPT | -0.31 | 0.09* |

* $p < 0.10$

Notre hypothèse est donc partiellement démontrée : nos analyses statistiques nous indiquent que les enfants placés ont vécu des événements de plus forte gravité que les enfants tout-venant. Nous obtenons une absence de relation significative entre les capacités intellectuelles des enfants placés et la présence de traumatisme psychique. Chez les enfants tout-venant, nous obtenons une tendance négative significative entre ces deux variables.

1.5.3 Hypothèse 4c

Nous émettons l'hypothèse que plus le nombre de placements est élevé, plus l'enfant risque de présenter un trouble du stress post-traumatique.

Pour tester cette hypothèse, nous utilisons des corrélations de rangs de Spearman. Nous observons une absence de corrélation significative ($r=0.48$, $p=0.15$) entre le nombre de placements et le score de l'enfant au questionnaire de psychotraumatisme (CPTS-RI). Nous obtenons néanmoins une tendance ($p < 0.10$) positive significative ($r=0.62$, $p=0.05 < 0.10$) entre le nombre de placements et le score de l'enfant au facteur 1 (reviviscence et évitement) du CPTS-

RI. Ces résultats signifient que plus l'enfant a vécu de placements, plus il présente de symptômes de reviviscence et d'évitement à la suite de l'événement potentiellement traumatisant. Toutefois, il est important de rester prudent face à ces résultats étant donné qu'il s'agit de valeurs qui tendent à la significativité ($p < 0.10$).

Tableau 12 : Résultats des corrélations entre le nombre de placements de l'enfant et ses scores à l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | Valeur corrélation | Valeur p |
|-------------------------------|--------------------|----------|
| Nombre placements & CPTS-RI | 0.48 | 0.15 |
| Nombre placements & Facteur 1 | 0.62 | 0.05* |
| Nombre placements & Facteur 2 | 0.33 | 0.34 |
| Nombre placements & Facteur 3 | 0.54 | 0.10 |

* $p < 0.10$

Pour conclure, nos résultats ne nous permettent pas de confirmer notre hypothèse. Nous pouvons toutefois noter la présence d'une tendance significative indiquant que plus l'enfant a vécu de placements, plus il présente de symptômes de reviviscence et d'évitement à la suite de l'événement potentiellement traumatisant.

1.5.4 Hypothèse 4d

Nous émettons l'hypothèse que les enfants ayant des contacts avec leur famille d'origine sont moins susceptibles de développer un traumatisme psychique.

Nous avons utilisé un test de Wilcoxon pour deux échantillons indépendants pour tester cette hypothèse. Tout d'abord, nous avons regroupé les enfants ayant un contact avec leur mère, leur père ou leurs deux parents pour les comparer aux enfants n'ayant aucun contact avec leurs parents biologiques. Dans ce contexte, nous observons une tendance significative des scores des enfants au CPTS-RI ($T=18$, $p=0.06 < 0.10$) selon qu'ils aient des contacts avec leurs parents ou avec aucun. Ce résultat signifie que les enfants ayant des contacts avec l'un ou les deux parents biologiques (moyenne des rangs=4.62, $n=8$) présentent moins de symptômes de TSPT que les enfants n'ayant aucun contact avec leurs parents (moyenne des rangs=9, $n=2$). Nous parlons de tendance, car la probabilité obtenue (0.06) est inférieure à $p < 0.10$ et est proche de la significativité $p < 0.05$.

Ensuite, nous avons comparé les enfants ayant des contacts avec leurs deux parents à ceux n'ayant aucun contact. Nous observons une absence de significativité ($T=3$, $p=0.16 > 0.05$). Nous avons également comparé les enfants ayant un contact avec un seul parent à ceux n'ayant aucun contact, ainsi qu'à ceux ayant des contacts avec leurs deux parents. Nous observons une absence de significativité dans ces conditions, et ce indépendamment du sexe du parent.

En conclusion, nos résultats ne nous permettent pas de confirmer notre hypothèse selon laquelle les enfants ayant des contacts avec leur famille d'origine sont moins susceptibles de développer un traumatisme psychique. Néanmoins, nous pouvons souligner la présence d'une tendance indiquant que les enfants ayant des contacts avec l'un ou leurs deux parents biologiques présentent moins de symptômes de TSPT que les enfants n'ayant aucun contact avec leurs parents.

3. Données qualitatives

En complément des analyses statistiques, nous proposons également une brève analyse qualitative des données récoltées. Cette analyse ne se veut pas poussée, mais vise à donner des pistes de réflexion pour de futures recherches et pour les professionnels travaillant au contact des enfants.

Avant de commencer cette analyse, nous rappelons brièvement la méthodologie utilisée. Lors du premier entretien, nous rencontrions l'enfant accompagné de ses parents. Nous commençons alors à questionner l'enfant sur son âge, son niveau scolaire et sa famille. Ensuite, nous demandions aux parents de décrire leur enfant, son comportement dans la vie de tous les jours et ses relations avec ses pairs. Cette partie de l'anamnèse nous semblait particulièrement enrichissante, tant pour la relation que nous entretenions avec les parents et l'enfant que pour les informations récoltées. La suite de l'anamnèse questionnait les antécédents médicaux de l'enfant, le niveau d'études des parents et la présence d'un suivi psychologique. Enfin, nous demandions à l'enfant de nous expliquer différents événements qu'il avait vécus, en précisant qu'il pouvait s'agir d'événements « chouettes ou pas chouettes ». Nous demandions ensuite aux parents s'ils pensaient à d'autres événements. Lors du deuxième entretien, un test de quotient intellectuel était proposé à l'enfant (la WISC-V). Lors du troisième entretien, l'enfant remplissait deux questionnaires : un sur sa résilience (CYRM) et l'autre sur la présence de symptômes de psychotraumatisme (CPTS-RI). Pour ce dernier questionnaire, nous reprenions les événements cités lors de l'anamnèse et demandions à l'enfant de choisir l'événement

désagréable qui l'avait le plus marqué.

Lors de ces entretiens, nous avons tout d'abord remarqué que parents et enfants n'étaient pas toujours marqués par les mêmes événements vécus par l'enfant. Ainsi, madame C nous explique « *J'ai été surprise que Marion¹ [7ans] vous parle de la mort de sa tante, il y a 1 an. Elles n'étaient pas très proches, Marion ne l'avait vue que quelques fois, je ne pensais pas que cela avait pu la toucher autant* ». Dans une autre situation, madame X dit à sa fille, Camille, 9 ans : « *Mais, tu n'as même pas parlé du cambriolage que nous avons vécu il y a 1 an, alors qu'il me semblait que cela t'avait fait peur !* ». Ces exemples nous montrent qu'un enfant et un adulte fonctionnent différemment ; l'enfant considérait parfois comme graves des événements que le parent jugeait insignifiants, et vice-versa. Nous-mêmes avons été surpris par les réponses de certains enfants. Julie, 10 ans, nous explique avoir vécu dans un pays en guerre, de sa naissance jusqu'à ses 6 ans, et avoir été mordue par un chien il y a 3 ans. Lorsque nous lui demandons l'événement qui l'a le plus marqué, celle-ci mentionne la morsure de chien, à notre étonnement ; nous avions imaginé que la guerre aurait davantage marqué Julie, cet événement nous semblait plus grave. Pour elle, la morsure de chien a été un événement très important ; elle en garde une cicatrice et a peur aujourd'hui de se retrouver face à un chien. Il nous semblait donc important, dans cette partie du travail, de souligner qu'un enfant peut être marqué par un événement que les adultes ne considèrent pourtant pas comme potentiellement traumatisant.

Ensuite, nous avons été particulièrement touchés par le vécu qu'exprimaient certains parents à propos des événements stressants vécus par leurs enfants. Ainsi, madame Y est en pleurs en nous expliquant que son fils de 12 ans, Victor, a subi des abus sexuels pendant 4 ans : « *Je n'ai pas pu le protéger... [...], mon psychiatre m'a dit que je devais être hospitalisée car ça ne va pas du tout* ». Dès lors, nous émettons l'hypothèse que cette maman souffre elle-même d'un traumatisme psychique à la suite des événements vécus par son fils. Nous pensons également que ce mal-être de la maman pourrait avoir un impact sur Victor, qui présente de nombreux symptômes d'un TSPT (troubles du sommeil, difficultés de concentration, reviviscences). Selon une étude de Kairis (2013), plus les parents présentent de symptômes de TSPT 5 à 8 semaines après l'événement potentiellement traumatique, plus l'enfant présente une symptomatologie sévère. Par conséquent, la présence de détresse chez le parent est un facteur qui a pu influencer notre récolte de données.

¹ Nous utilisons des noms d'emprunt

En ce qui concerne le vécu des parents, nous avons également noté des sentiments de culpabilité, causés notamment par le fait de ne pas avoir pu protéger leur enfant. Dans les paroles de madame Y, citée ci-dessus, nous retrouvons cette culpabilité. En outre, nous avons l'impression que le sentiment de compétence parentale était parfois impacté par l'événement vécu par l'enfant. Le sentiment de compétence parentale concerne la perception qu'ont les parents de leurs capacités à bien élever leur enfant, à lui permettre un bon développement et un bon comportement. Le sentiment de compétence parentale est un élément primordial pour l'enfant. Une recherche de Loop, Mouton et Roskam (2015) a montré que plus le sentiment de compétence parental est élevé, plus le parent est sensible aux émotions de l'enfant et plus il utilise des pratiques parentales positives, ce qui impacte également les affects et comportements de l'enfant. Il est également possible que le sentiment de compétence parentale préexistant impacte le vécu qu'a l'enfant d'un événement potentiellement traumatisant. De nombreuses recherches (Josse, 2011 ; Kairis, 2013 ; Vespa, 2018) ont démontré que les réactions et attitudes parentales avaient un impact sur l'apparition de symptômes post-traumatiques chez l'enfant. Ainsi, il serait intéressant d'étudier le sentiment de compétence ressenti par le parent avant et après un événement potentiellement traumatisant vécu par l'enfant.

En ce qui concerne le vécu des enfants, nous avons remarqué la présence de nombreuses questions chez les enfants présentant des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique. Par exemple Joshua, garçon de 12 ans, nous questionne à propos de son père décédé un an plus tôt : « *Je me demandais... est-ce que c'est normal qu'il m'arrive parfois de le voir près de moi ?* ». Lorsque Joshua nous pose cette question, nous remarquons une certaine anxiété chez celui-ci : il joue avec ses doigts, bouge ses jambes et a des difficultés à nous regarder. Pour répondre à Joshua, nous lui expliquons qu'il est normal qu'il voit encore son père, car c'est une personne très importante pour lui, et que cela ne fait pas de lui un fou. Dans cette situation, Joshua nous a semblé soulagé d'apprendre que ses symptômes n'étaient pas anormaux. Il nous semble donc important d'informer les enfants qui vivent des événements potentiellement traumatisants des symptômes qui peuvent apparaître. Ces symptômes (reviviscences, anxiété, difficultés de concentration ou de sommeil) peuvent paraître inquiétants pour des enfants ; il nous semble donc primordial de rassurer et prévenir les enfants de la possibilité de leur apparition.

Pour terminer cette partie plus qualitative, nous tenions à dire quelques mots de la relation qui s'est installée entre les enfants, les parents et nous-mêmes au cours de cette recherche. Tout d'abord, nous avons été étonnés par la facilité avec laquelle les enfants entraient en contact avec nous. Ainsi, dès le premier entretien, les enfants nous parlaient librement ou nous offraient des dessins. Nous pensons que l'attention que nous leur avons directement accordée, que le fait que nous nous intéressions à eux, à leur vécu et que nous nous adressions à eux en premier, a eu un impact positif sur notre premier contact. Cependant, quelques enfants, plus réservés, ont mis plus de temps à oser s'exprimer. Ensuite, il nous a semblé que l'anamnèse, et en particulier notre demande de décrire leur enfant, a permis d'instaurer une relation de confiance avec les parents. Cette question engendrait souvent des regards tendres et complices entre les parents et leurs enfants, et permettait d'ouvrir le dialogue. Enfin, pour certains enfants, notamment des enfants placés, la séparation, après les trois rencontres, fut difficile. À la fin de chaque entretien, nous rappelions à l'enfant combien de fois il allait encore nous voir et ce que nous allions faire ensemble. Pour Simon, 9 ans, la séparation après le deuxième entretien fut difficile « *Noon, je ne veux pas que tu partes, ou je pars avec toi !* ». Pour l'apaiser, nous avons rappelé à Simon que nous le verrions encore une fois, et avons proposé de réaliser un jeu avec lui une fois que tous les questionnaires seraient terminés. Pour Lucie, 8 ans, c'est la dernière séparation qui a été difficile « *Reste encore, je veux bien réaliser encore des exercices ou des jeux avec toi* ». Nous lui avons alors expliqué que, nous aussi, nous étions tristes que nos rencontres soient terminées, mais que nous ne pouvions pas refaire d'autres exercices. Lucie nous a alors offert une peluche ; nous avons accepté son cadeau, à condition que ses parents soient d'accord, et nous lui avons expliqué que, même sans cette peluche, nous allions nous souvenir d'elle. Ces rencontres nous ont donc appris que la relation entre l'enfant, les parents et nous-mêmes était un élément important, et que porter de l'attention aux enfants était un premier pas vers une bonne alliance thérapeutique. Lors de ces rencontres, nous nous sommes également rendu compte de la difficulté d'aborder avec des enfants et leurs parents des sujets douloureux tels que la violence physique, la mort d'un proche ou encore les abus sexuels.

Partie 6 : Discussion

Ce travail avait pour objectif principal d'étudier différents facteurs favorisant la résilience des enfants et jouant un rôle sur leurs réactions à la suite d'événements potentiellement traumatisants. De manière plus précise, nous avons décidé de nous centrer sur l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur sa résilience et ses réactions post-traumatiques. Alors que certaines études démontrent que l'intelligence représente un facteur protecteur au développement d'un TSPT (Breslau, Lucia, & Alvaro, 2006 ; Kremen et al., 2007 ; Gilberston et al., 2006) et constitue un facteur de résilience (Werner, 1993 ; Fergusson & Lynskey, 1996 ; Friborg et al., 2005 ; Condy, 2006), d'autres ne trouvent aucun lien significatif entre ces variables (Yehuda et al., 1998 ; Twamley, Hami, & Stein, 2004) ou suggèrent que l'intelligence représente un facteur de risque (Luthar, 1991). Les résultats obtenus dans cette étude confirment, au moins partiellement, les données de la littérature en ce qui concerne les liens entre le quotient intellectuel, la résilience et le trouble du stress post-traumatique.

1. Discussion de la première hypothèse

En accord avec notre première hypothèse, les résultats ont montré que les capacités intellectuelles de l'enfant et ses symptômes post-traumatiques étaient corrélés négativement. Ainsi, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes et moins il présente de symptômes post-traumatiques. Ces résultats sont en accord avec de nombreuses recherches sur le sujet (McNally & Shin, 1995 ; Macklin et al., 1998 ; Silva et al., 2000 ; Breslau, Lucia, & Alvaro, 2006 ; Kremen et al., 2007 ; Qouta, Punamäki, Montgomery, & El Sarraj, 2007). Cependant, une association significative ne nous permet de tirer aucune conclusion impliquant une relation de cause à effet ; ces résultats n'excluent pas la présence d'un ou de plusieurs autres facteurs à l'origine du lien entre nos variables. Pour pallier à cet inconvénient, nous avons réalisé une régression linéaire qui nous permet d'admettre, au niveau d'incertitude 5%, que le quotient intellectuel de l'enfant a un effet significatif sur ses scores au questionnaire de TSPT.

Pour expliquer le lien entre le QI et le TSPT, une première hypothèse est que le quotient intellectuel de l'enfant impacte sa perception de la menace ; ce qui va influencer l'apparition de symptômes post-traumatiques. Selon Macklin et al. (1998), les individus possédant une intelligence basse auraient tendance à croire qu'ils possèdent moins de ressources pour faire face à la situation et donc, seraient plus susceptibles de se sentir impuissants et dépassés ; ce qui augmenterait leur risque de TSPT. Par conséquent, les enfants possédant de basses capacités

intellectuelles pourraient surestimer la valeur de la menace de l'événement potentiellement traumatisant. Par ailleurs, une étude longitudinale (Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998) a prouvé que l'évaluation subjective de la menace durant l'événement est annonciatrice de TSPT. Ensuite, nous émettons l'hypothèse que les individus ayant un QI plus élevé ont de meilleures capacités cognitives leur permettant de faire face à l'impact émotionnel des expériences traumatisantes. Selon Buckley (2000), les stratégies de coping axées sur les problèmes, qui ont été associées à des résultats positifs à la suite d'un traumatisme, exigent des stratégies de médiation verbale qui sont liées au quotient intellectuel. Enfin, une plus grande capacité intellectuelle pourrait faciliter le développement de ressources personnelles telles que le niveau d'instruction, la réussite professionnelle et d'autres facteurs socio-économiques ; facteurs qui semblent atténuer l'impact du stress (Hobfoll, 1989; Sutker & Allain, 1995; Ursano, Wheatley, Luge, Rahe, & Carlson, 1986 ; cités par Vasterling et al., 1997).

Afin d'étudier plus précisément le lien entre le quotient intellectuel et le psychotraumatisme, nous avons investigué les indices du quotient intellectuel les plus en lien avec les symptômes de TSPT. Les résultats montrent un lien négatif significatif entre les capacités de l'enfant en raisonnement fluide ou en vitesse de traitement et ses symptômes post-traumatiques. Ainsi, plus les capacités de raisonnement fluide ou de vitesse de traitement de l'enfant sont hautes, moins il présente de symptômes d'un psychotraumatisme. En outre, nous obtenons une tendance négative significative entre les scores en compréhension verbale de l'enfant et ses symptômes post-traumatiques ; ce qui signifie que plus les capacités de l'enfant en compréhension verbale sont hautes, moins il présente de symptômes d'un psychotraumatisme.

En ce qui concerne le lien entre la compréhension verbale de l'enfant et le TSPT, les résultats obtenus sont en accord avec les données de la littérature (Saltzman, Weems, & Carrion, 2006 ; Vasterling et al., 1997 ; Diamond, Muller, Rondeau, & Rich, 2001 ; Saigh et al., 2006). Néanmoins, nous n'avons obtenu qu'une tendance significative, ce qui nous amène à être prudents dans notre interprétation. Nous émettons l'hypothèse que la taille de notre échantillon (N=40) impacte ce résultat ; cette tendance pourrait évoluer vers une corrélation négative significative avec un effectif plus élevé. En outre, la moyenne de notre échantillon à l'indice de compréhension verbale est de 109.27, ce qui se situe au-dessus de la moyenne de la population générale, laquelle est de 100. Ainsi, nous émettons également l'hypothèse que notre échantillonnage impacte la relation entre ces variables.

Pour expliquer le lien entre ces variables, une première hypothèse est que de hautes capacités

verbales permettent à l'enfant de mieux consolider ses souvenirs traumatiques, notamment par l'utilisation du récit personnel. Selon Saltzman, Weems et Carrion (2006), cette méthode verbale constitue une lutte contre la réapparition de symptômes ; ce qui diminuerait les risques de psychotraumatisme. Vasterling et al. (1997) émettent également l'hypothèse que l'intelligence verbale pourrait améliorer la médiation verbale et mener à des formes efficaces de coping, comme la formation de récits narratifs dans l'assimilation de souvenirs et d'émotions traumatiques ou la mise en place d'un meilleur réseau de support social. Ainsi, de hautes capacités verbales pré-morbides pourraient permettre aux enfants de mieux évaluer le traumatisme, d'augmenter leur efficacité personnelle et de mettre en œuvre des stratégies d'adaptation efficaces face au traumatisme ; ce qui les protégerait de l'apparition d'un traumatisme psychique.

Les résultats relatifs au lien entre l'indice de raisonnement fluide ou l'indice de vitesse de traitement et les symptômes post-traumatiques sont plus surprenants, ceux-ci ne correspondant pas à notre hypothèse de départ.

Premièrement, nous obtenons des corrélations négatives significatives entre les capacités en vitesse de traitement de l'enfant et ses symptômes post-traumatiques. En 2007, une étude de Parslow et Jorm a démontré que l'apparition des symptômes du syndrome de stress post-traumatique est liée à la vitesse de codage environ trois ans avant le traumatisme. Selon ces auteurs, une meilleure performance en vitesse de codage est associée à une probabilité moindre de signaler des symptômes de reviviscence et d'hyperactivité du TSPT. Les résultats de cette étude sont donc similaires aux nôtres : de meilleures performances en vitesse de traitement seraient associées à moins de symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyperactivité, mais aussi à moins de symptômes de peur et d'anxiété.

Pour rappel, l'indice de vitesse de traitement évalue la vitesse dans la recherche visuelle, la discrimination visuelle des formes et la capacité de réalisation d'une tâche simple. Cet indice évalue également la mémoire à court terme, la perception visuelle, la coordination visuo-motrice, la flexibilité cognitive, la capacité d'apprentissage, l'attention et la concentration de l'enfant (Wechsler, 2016).

Pour expliquer le lien entre ces variables, notre première hypothèse est que de hauts scores en vitesse de traitement seraient associés à une évaluation plus rapide de la situation et de sa menace potentielle. Ceci permettrait à l'enfant de se protéger d'un danger éventuel et de mieux

percevoir la menace de la situation ; ce qui diminuerait ses risques de TSPT (Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998). Notre seconde hypothèse est que de faibles capacités en vitesse de traitement (et donc en flexibilité cognitive) réduiraient les possibilités d'adaptation de l'enfant à son environnement. Selon Gilbertson (2006), une réduction de la flexibilité et des modèles de comportements non adaptés au contexte environnemental peuvent constituer un facteur de vulnérabilité familiale au développement d'un TSPT chronique. Enfin, nous émettons l'hypothèse que le lien entre les capacités en vitesse de traitement de l'enfant et ses scores au questionnaire de TSPT s'explique par les difficultés d'attention, facteur commun aux deux variables. En 2006, Gilbertson a démontré que le niveau d'attention que présente l'enfant avant d'être confronté à l'événement potentiellement traumatisant est associé à ses symptômes de TSPT.

Concernant l'indice de raisonnement fluide, nous obtenons des corrélations négatives significatives entre cet indice et la présence de difficultés de concentration et de troubles du sommeil (facteur 3) à la suite d'un événement potentiellement traumatisant. Pour rappel, l'indice de raisonnement fluide évalue le raisonnement conceptuel abstrait à partir de stimuli visuels, les capacités d'induction et le raisonnement quantitatif (Wechsler, 2016).

Pour expliquer le lien entre ces variables, notre première hypothèse est que de hauts scores en raisonnement fluide (et donc en capacités d'induction et de raisonnement) permettraient à l'enfant d'évaluer adéquatement la situation et de comprendre davantage ses symptômes. Ainsi, ses capacités de raisonnement amèneraient l'enfant à mieux percevoir la menace de la situation ; ce qui, rappelons-le, diminuerait ses risques de TSPT (Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998). Ensuite, ces capacités pourraient également lui permettre de mieux comprendre ses émotions, et donc de mieux les réguler ; ce qui diminuerait les risques de psychotraumatisme. En 2013, une étude longitudinale de Bardeen, Kumpula et Orcutt a démontré que des difficultés de régulation émotionnelle prédisent la sévérité des symptômes post-traumatiques suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatique.

Enfin, nos résultats ne confirment pas notre hypothèse selon laquelle la gravité de l'événement influence l'impact du quotient intellectuel de l'enfant sur ses symptômes de TSPT. Selon McNally et Robinaugh (2011), l'exposition à des facteurs de stress extrêmes l'emporte sur l'effet des prédispositions intellectuelles. Ainsi, l'association entre le quotient intellectuel et l'apparition du TSPT devrait être beaucoup plus forte chez ceux qui ont connu des événements de

faible magnitude que chez ceux qui ont connu des événements de grande ampleur. Dans notre étude, nous obtenons une absence de corrélation significative entre le quotient intellectuel de l'enfant et ses symptômes de TSPT dans les deux conditions (faible ou forte gravité) ; nous ne pouvons donc pas confirmer notre hypothèse. Dans une étude de 2013, Breslau remet en question l'hypothèse de McNally et Robinaugh car ses résultats démontrent que, quel que soit le type de traumatisme, la probabilité de développement d'un TSPT est pareillement liée au quotient intellectuel.

Ce résultat pourrait provenir de notre méthodologie. En effet, concernant l'évaluation de la gravité de l'événement vécu, nous n'avons pas trouvé d'échelle ou de référence nous assurant de l'objectivité de notre cotation. Dans une étude de 2003, Ozer et al. ont différencié la gravité des événements vécus en considérant que la violence interpersonnelle est un événement plus sévère que les accidents. Dans cette étude, les auteurs n'avaient trouvé aucune preuve que les prédispositions sont moins importantes dans l'étiologie du TSPT chez les victimes de violence interpersonnelle que d'accidents. Dans son étude de 2012, Breslau différenciait les abus sexuels (événements sévères) des accidents, désastres et morts d'un proche (événements peu sévères). Ainsi, les auteurs semblaient différencier la violence interpersonnelle des autres événements. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé de cotation commune aux auteurs concernant l'ensemble des événements vécus par notre échantillon. Par conséquent, pour coter la gravité de l'événement vécu par nos sujets, nous avons réalisé un sondage auprès de 20 individus âgés entre 6 et 62 ans ; ils devaient donner une note de gravité à l'événement entre 1 et 10, 1 étant très faible et 10 très élevé. Nous avons ensuite coté l'événement en calculant la moyenne des notes reçues. Nous avons ensuite considéré comme faibles les scores en dessous de cette moyenne, alors que les scores situés au-dessus étaient considérés comme élevés (voir tableau A5). Nous espérons ainsi pouvoir fournir une évaluation correcte de la gravité des événements vécus par nos sujets. Néanmoins, notre mesure de la gravité est influencée par le type de population que nous avons sélectionnée pour coter les événements. Nous émettons également l'hypothèse que notre résultat est dû au nombre de sujets de notre échantillon (N=40) et à la non-parité des groupes ; lorsque notre échantillon était réparti en fonction de la gravité de l'événement, nous avons 27 sujets (67.5 %) dans la condition de faible gravité et 13 sujets (32.50%) dans celle de forte gravité. Il serait donc intéressant de reproduire cette étude avec un échantillon plus grand et une meilleure répartition de la gravité des événements vécus par les sujets.

2. Discussion de la deuxième hypothèse

Les résultats obtenus sont en accord avec notre seconde hypothèse : ils ont montré que les capacités intellectuelles de l'enfant et sa résilience étaient corrélées positivement. Ainsi, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes et plus son score de résilience est élevé. Ces résultats sont en accord avec les recherches sur le sujet (Goldstein & Brooks, 2006 ; de Becker, 2008 ; Fergusson & Lynskey, 1996 ; Friborg et al., 2005 ; Werner, 1993 ; Werner, 2000). En outre, nous avons réalisé une régression linéaire qui nous permet d'admettre, au niveau d'incertitude 5%, que le quotient intellectuel de l'enfant a un effet significatif sur ses scores au questionnaire de résilience.

Selon Friborg et al. (2005), une intelligence supérieure implique une meilleure analyse, une créativité, et de meilleures aptitudes pratiques dans la résolution de problèmes. Ces différents éléments nous semblent aider l'enfant à faire face aux changements et aux situations stressantes ; et donc à avoir une meilleure résilience. Par ailleurs, pour Werner (2000), les jeunes doués d'une grande intelligence peuvent davantage appréhender les événements stressants et sont meilleurs pour trouver des stratégies efficaces de coping face à l'adversité.

Plus précisément, nos analyses soulignent que plus les capacités visuospatiales ou les capacités en compréhension verbale de l'enfant sont élevées, plus il est résilient. De plus, nos résultats nous indiquent que plus l'enfant possède de hautes capacités intellectuelles (plus précisément plus il possède de hautes capacités en compréhension verbale), plus il est résilient sur le plan culturel.

En ce qui concerne le lien entre les capacités visuospatiales de l'enfant et son score de résilience, nous émettons l'hypothèse que les capacités visuospatiales de l'enfant peuvent favoriser son traitement visuel des expériences traumatiques. Selon Marx, Doron-Lamarca, Proctor et Vasterling, (2009), le traitement visuel de ces expériences est nécessaire à l'accoutumance, à la résilience et à la récupération après un événement traumatisant. En outre, cette hypothèse concorde avec la recherche de Holmes, Wilson, Pontius, Dietrick et Spiro (2006 ; cités par Marx, Doron-Lamarca, Proctor & Vasterling, 2009) démontrant que l'imagerie visuelle induit des réponses affectives fortes et est plus efficace que le traitement verbal pour réduire l'anxiété.

En ce qui concerne le lien entre les capacités de compréhension verbale de l'enfant et son score de résilience (en particulier son score de résilience culturelle), nous émettons l'hypothèse qu'un indice de compréhension verbale élevé chez l'enfant lui permet une meilleure compréhension de lui-même, de ses émotions et du monde ; ce qui augmenterait sa résilience. Selon Baro (2018), un indice de compréhension verbale élevé mène les enfants à percevoir les événements négatifs comme étant moins graves. En outre, l'indice de compréhension verbal comprend le développement du langage chez l'enfant. Ainsi, nous émettons l'hypothèse que plus les capacités de compréhension verbales de l'enfant sont hautes, meilleur est son développement langagier et donc, plus sa résilience est élevée. Une étude de Roskam, Meunier, Stievenart et Van de Moortele (2009) a démontré que la qualité du langage expressif de l'enfant est associée à un niveau d'adaptation comportementale plus élevé ; ce qui constitue un facteur de résilience.

3. Discussion de la troisième hypothèse

Contrairement à notre hypothèse, les résultats ont indiqué une absence de lien significatif entre la résilience de l'enfant et ses symptômes post-traumatiques. A contrario, nous obtenons une corrélation positive significative entre la résilience familiale de l'enfant et ses scores au questionnaire de psychotraumatisme. Ces résultats signifient que plus la résilience familiale de l'enfant est élevée, plus il présente de symptômes post-traumatiques.

En ce qui concerne l'absence de lien significatif entre la résilience de l'enfant et ses symptômes post-traumatiques, nous émettons l'hypothèse que ces résultats sont liés à la présence de différents biais dans la complétion de notre questionnaire de résilience CYRM. Une hypothèse serait que nos résultats sont influencés par un biais de désirabilité sociale. Selon Juhel et Rouxel (2005), le biais de désirabilité sociale est un acte de duperie, qui peut être délibéré ou non ; il peut être lié à un besoin d'approbation sociale ou à une défense personnelle. Ainsi, le biais de désirabilité sociale peut soit découler d'une forme d'évaluation optimiste de soi, « l'individu croyant sincèrement à la description favorable qu'il fournit de lui-même » (Juhel & Rouxel, 2005), soit de la volonté de l'individu à donner une représentation positive de soi. Selon nous, il se peut que les enfants de notre échantillon se soient donné une meilleure image ou aient voulu donner une meilleure impression d'eux-mêmes lors de la réponse à certains items plus délicats (par exemple : item 10 « Penses-tu que les autres enfants aiment jouer avec toi ? »). En outre, pour des raisons pratiques, il est arrivé que les enfants répondent au questionnaire de résilience alors que leurs parents se trouvaient dans la même pièce. Par conséquent, nous émettons l'hypothèse que nos résultats aient été biaisés par ces conditions de passation. Il se peut que,

dans lesdites conditions, certains enfants n'aient pas donné spontanément leur avis ; certains items concernant notamment la relation entre l'enfant et ses parents (par exemple : item 6 « As-tu l'impression que tes parents / fournisseurs de soin te connaissent bien ? »). Une autre hypothèse est que les questions étaient parfois trop compliquées pour des enfants de 6 ans (par exemple : « Es-tu traité justement ? »).

Nous allons à présent discuter du lien entre la résilience familiale de l'enfant et ses scores au questionnaire de psychotraumatisme. La résilience familiale comprend les soins physiques et psychologiques prodigués par les fournisseurs de soins. Lorsque nous analysons ces deux types de soins, nous obtenons une corrélation positive qui nous indique que plus l'enfant percevait de soins psychologiques de la part de ses fournisseurs de soins, plus il présenterait de symptômes de psychotraumatisme, en particulier des symptômes de reviviscence et d'évitement. Lorsque nous étudions plus précisément les items des questionnaires, nous nous rendons compte que plus l'enfant perçoit sa famille à ses côtés dans les moments difficiles et plus il se sent en sécurité avec eux, plus il revoit des images ou des bruits qui lui rappellent l'événement. En outre, plus il perçoit sa famille à ses côtés, plus il fait de rêves à propos de l'événement ou des cauchemars.

Ces résultats sont contraires aux données obtenues dans la littérature ; pour de nombreux auteurs (Wrenn et al., 2011 ; Aigi, Wilson, 2005 ; Bonanno & Mancini, 2012), la résilience constitue un facteur de protection au développement d'un trouble de stress post-traumatique. Néanmoins, rappelons que les facteurs de risque et de protection évoluent en fonction de l'âge et du développement de l'enfant (Terrisse & Larose, 2001). Ainsi, un facteur de protection peut se transformer en facteur de risque.

Pour expliquer nos résultats, nous émettons l'hypothèse que, dans notre questionnaire, les items concernant les soins psychologiques fournis par les parents reflètent davantage les facteurs de protection mis en place par les parents vis-à-vis de l'enfant que la résilience de l'enfant. Par conséquent, des résultats élevés représenteraient des attitudes de surprotection parentale. Selon Pauzé (2016), la surprotection est « un contrôle excessif de l'environnement du jeune par le parent visant à réduire les expériences de vie aversives, que ces situations représentent une menace réelle ou non. Elle [la surprotection] limiterait le développement de l'autonomie du jeune, mènerait à des perceptions que l'environnement est incontrôlable et limiterait les sentiments quant à sa propre compétence et sa propre maîtrise des situations ».

Une étude de Bokszczanin (2008) est en accord avec notre hypothèse : elle démontre que la surprotection parentale est liée à davantage de symptômes de TSPT chez des adolescents ayant survécu à une catastrophe naturelle.

Selon Hudson (2013), les comportements parentaux de surprotection peuvent renforcer les stratégies d'évitement de l'enfant ; ce qui est en accord avec nos résultats selon lesquels plus l'enfant percevrait de soins psychologiques de la part de ses fournisseurs de soins, plus il présenterait de symptômes de psychotraumatisme, en particulier des symptômes de reviviscence et d'évitement. En outre, pour cet auteur, les enfants surprotégés seraient moins habitués aux menaces des situations nouvelles ou stressantes, ce qui les rendrait incapables de gérer ces situations difficiles.

Pour Romano (2013 ; cité par Vespa, 2018), alors que l'enfant percevrait les comportements de surprotection comme rassurants et protecteurs dans un premier temps, il les percevrait ensuite comme étouffants ; ce qui aurait un impact négatif sur le long terme. Dans le cadre de notre étude, les enfants étaient évalués longtemps après l'événement vécu. Nous émettons donc l'hypothèse que, dans notre échantillon, les attitudes de surprotection des parents envers les enfants ont pu avoir des effets négatifs sur le vécu de ceux-ci. Nous pensons que, pour les recherches futures, il serait intéressant d'évaluer le lien entre la résilience de l'enfant et la dimension de surprotection parentale.

4. Discussion de la quatrième hypothèse

En accord avec notre hypothèse, nos résultats indiquent que les enfants placés ont vécu des événements de plus forte gravité que les enfants tout-venant. Comme expliqué dans la partie théorique de ce mémoire, un placement est souvent envisagé à la suite de circonstances déclenchantes. Parmi ces circonstances (David, 1994), nous retrouvons l'absence de parents par décès ou abandon, un problème ou une crise familiale (maladie, fatigue ou dépression, abandon du foyer par un des parents, conflits conjugaux, hospitalisation, internement, incarcération), la protection d'un enfant négligé, maltraité, en danger et le placement en vue de soins spéciaux (pour des troubles somatiques, psychologiques ou mentaux de l'enfant). Ainsi, les enfants placés en famille d'accueil sont nombreux à avoir vécu des événements potentiellement traumatisants de forte gravité.

A contrario, nos analyses statistiques ne nous permettent pas de confirmer que les enfants placés sont plus nombreux à présenter un trouble du stress post-traumatique. Pourtant, le placement en famille d'accueil est un événement potentiellement traumatisant pour un enfant. Séparer un enfant de son milieu d'origine, de ses parents et de ses habitudes n'est pas sans conséquence (Berger, 2003 ; Hofer, 2003). Selon Bruska (2008), les enfants ayant des antécédents de maltraitance et étant séparés de leurs parents sont davantage susceptibles de souffrir de trouble du stress post-traumatique. Néanmoins, dans une étude de 2005, Barber et Delfabbro (cités par Meens, 2018) ont constaté que les enfants, suite à leur placement, sont moins inquiets, participent davantage aux activités scolaires, ont de meilleures capacités de concentration et sont moins enclins à détruire des biens, à mentir et à tricher.

Par conséquent, nous émettons l'hypothèse qu'un placement en famille d'accueil peut être bénéfique pour l'enfant, ce qui le protégerait d'un traumatisme psychique. Malgré la forte gravité des événements vécus, un enfant placé aurait alors autant de probabilité qu'un enfant tout-venant de développer un traumatisme psychique. En fait, le placement en famille d'accueil a pour avantage d'offrir plus de continuité dans les relations de l'enfant. Vivre dans une famille d'accueil permet à l'enfant de voir ses besoins primaires comblés (manger, boire, dormir) et d'être stimulé, aimé et d'avoir un nouveau chez-soi. En outre, cela lui permet d'expérimenter les règles d'une vie en famille, ce qui représente une structure de base de la vie en société. Selon la Fédération des Services de Placement Familial [FSPF] (2007), la famille d'accueil protège l'enfant des carences de son milieu d'origine, elle lui offre un cadre accueillant, le soigne, lui permet de poursuivre sa vie scolaire et sociale. Selon l'étude de Chapman, Wall et Barth (2004), les enfants sont généralement satisfaits de leur placement et leur fonctionnement s'améliore souvent grâce aux nouvelles conditions de vie liées au placement.

En ce qui concerne le lien entre les capacités intellectuelles des enfants placés et leurs scores au questionnaire de psychotraumatisme, nous obtenons une absence de relation significative. A contrario, nous obtenons une tendance négative significative chez les enfants tout-venant. Ainsi, il semblerait que, chez les enfants tout-venant, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont élevées, moins il présente de symptômes de TSPT. Par contre, chez les enfants placés en famille d'accueil, nos analyses statistiques ne nous permettent pas d'affirmer ce lien.

Dès lors, nous émettons l'hypothèse que ces résultats sont liés à la gravité des événements vécus par les enfants. Ainsi, nos résultats indiquent que les enfants placés ont vécu des événements de

plus forte gravité que les enfants tout-venant. Selon McNally et Robinaugh (2011), l'exposition à des facteurs de stress extrêmes l'emporte sur l'effet des prédispositions. Ainsi, les prédispositions individuelles (le QI) influenceraient davantage le développement d'un traumatisme lorsque l'événement potentiellement traumatisant est de moindre gravité. Dans leur étude, ces auteurs (McNally & Robinaugh, 2011) avaient démontré que la relation entre l'intelligence et la présence de symptôme d'un TSPT était fortement négative pour les sujets du groupe de faible gravité, de pratiquement zéro dans le groupe de gravité moyenne, et non significativement négative dans le groupe de sévérité élevée. Ces résultats concordent donc avec les nôtres. Néanmoins, il est possible que l'absence de relation significative chez les enfants placés soit due à la petite taille de notre échantillon (N=10).

En ce qui concerne le traumatisme psychique des enfants placés en famille d'accueil, nos résultats ne nous permettent pas de confirmer le lien entre le nombre de placements et la présence d'un trouble du stress post-traumatique. Nous pouvons toutefois noter la présence d'une tendance significative indiquant que plus l'enfant a vécu de placements, plus il présente de symptômes de reviviscence et d'évitement à la suite de l'événement potentiellement traumatisant. De nombreuses études démontrent que les ruptures de placement ont des conséquences négatives sur le développement émotionnel et comportemental de l'enfant (Rubin, Reilly, Luan, & Localio, 2007). L'instabilité des placements réduit l'opportunité des enfants de développer un attachement sécurisé (Munro & Hardy, 2006) et est liée à des perturbations du système neuroendocrinien de réponse au stress (Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce, & Pears, 2006). Selon nos résultats, nous émettons l'hypothèse que l'instabilité du placement favorise principalement l'apparition de symptômes de reviviscence et d'évitement à la suite d'un événement potentiellement traumatisant.

Enfin, nos résultats indiquent que les enfants ayant des contacts avec l'un ou leurs deux parents biologiques présentent moins de symptômes de TSPT que les enfants n'ayant aucun contact avec leurs parents (tendance significative). Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature (Antwool, 2013 ; Sinclair, 2001 ; Beek & Schofield, 2004) qui démontrent que les contacts avec la famille permettent d'aider l'enfant à gérer sa double identité et à développer une relation positive avec son entourage. Nous émettons donc l'hypothèse qu'avoir des contacts avec sa famille biologique (que ce soit avec sa mère, son père ou les deux parents) est un facteur protecteur au développement d'un traumatisme psychique.

5. Intérêt du travail

L'objectif principal de ce mémoire était d'étudier le lien entre les concepts de capacités intellectuelles, de résilience et de trouble du stress post-traumatique chez des enfants. Malgré les avancées de la recherche sur le traumatisme psychique, l'étiologie de ce trouble n'est pas encore claire ; les recherches ont montré des résultats contradictoires quant à l'influence de l'âge, du sexe, du groupe ethnique ou de l'intelligence de l'enfant. Les différentes recherches menées récemment prouvent que le traumatisme psychique est présent chez les enfants et qu'il peut avoir de réelles conséquences sur leur bien-être psychologique. Les recherches montrent que les enfants atteints d'un traumatisme psychique développent plus de cancers, vivent moins longtemps et ont plus de problèmes psychologiques (Burke Harris, 2015). L'intérêt principal de ce travail est donc d'étudier des concepts actuels et nécessaires à la clinique. Le but de cette recherche était d'aider les cliniciens à détecter les enfants qui risquent de présenter un trouble de stress post-traumatique et à prévenir, chez eux, l'apparition de ce trouble.

De nos jours, la plupart des études se concentrent sur des populations militaires ou ayant vécu un traumatisme bien spécifique. Ainsi, peu d'études se sont intéressées aux enfants tout-venant. En plus de l'intérêt porté à cette population, notre étude avait pour but de comparer les résultats obtenus à ceux relatifs aux enfants placés en famille d'accueil. Par conséquent, nous pouvions évaluer les similitudes et divergences existant entre notre population civile et notre population clinique.

En ce qui concerne le traumatisme psychique chez les enfants, la majorité des études se concentrent sur des événements graves et spécifiques (accidents de la route, traumatismes crâniens, abus sexuels,...). Pourtant, aucun type d'événement potentiellement traumatisant ne doit être mis de côté ; c'est la perception qu'a l'enfant de l'événement qui importe principalement. Dans cette recherche, aucun événement ne nous semble avoir été négligé. En outre, il était du ressort de l'enfant (selon le discours des parents également) de choisir l'événement qui l'avait le plus marqué. Ainsi, il nous est arrivé d'être surpris par le choix de certains enfants, leur perception étant parfois différente de la nôtre (cf. p. 72).

À notre connaissance, peu d'études ont investigué la perception qu'a l'enfant de ses propres ressources. Ainsi, alors que trouver un test de quotient intellectuel et un questionnaire sur le TSPT a été tâche facile, nous avons éprouvé des difficultés dans notre recherche du questionnaire de résilience chez l'enfant. Pourtant, il nous semblait primordial d'étudier la

résilience de l'enfant selon sa perception propre, et non selon des critères objectifs externes à l'enfant. L'utilisation, dans notre recherche, d'un questionnaire auto-rapporté étudiant la résilience de l'enfant nous semble donc être un plus.

Un autre intérêt de cette recherche est qu'elle a investigué de manière détaillée les liens entre ces différents concepts : capacités intellectuelles, résilience et traumatisme psychique. Comme l'ont souligné Saltzman, Weems et Carrion (2006), les résultats contradictoires concernant l'impact du QI sur le psychotraumatisme pourraient refléter un lien plus complexe entre ces variables. Ainsi, cette étude a examiné le lien entre les différents indices du quotient intellectuel (compréhension verbale, capacité visuospatiale, raisonnement fluide, mémoire de travail et vitesse de traitement), les différents types de résilience (individuelle, familiale et contextuelle) et les différents symptômes de TSPT (reviviscence et évitement, peur et anxiété, difficultés de concentration et difficultés de sommeil). Cette étude approfondie nous a permis, à partir de résultats globaux pourtant non significatifs, de trouver des liens pertinents entre nos variables. Par conséquent, cette étude permet d'avancer vers une meilleure compréhension des mécanismes expliquant le lien entre quotient intellectuel, résilience et psychotraumatisme.

6. Limites du travail et perspectives futures

La limite principale de ce travail est la petite taille de notre échantillon ; la plupart du temps, celle-ci ne nous permet pas de généraliser nos interprétations. Cette petite taille est liée au design de notre étude : rencontrer les enfants lors de trois entretiens espacés d'une semaine à un mois. Ce design était intéressant pour notre recherche et pour l'apport clinique, mais était énergivore et coûteux en temps.

Une autre limite de ce travail est le caractère transversal de nos données. Ainsi, nous étudions le quotient intellectuel actuel des enfants ainsi que les symptômes post-traumatiques présents au moment de notre évaluation. Afin de contrôler toute contagion des effets du traumatisme sur le quotient intellectuel de l'enfant, il serait intéressant de mettre en place une étude longitudinale, telle que celle présentée par Breslau, Lucia, et Alvarado (2006).

Comme susmentionné, cette étude permet d'avancer vers une meilleure compréhension des mécanismes expliquant le lien entre quotient intellectuel, résilience et psychotraumatisme. Néanmoins, il serait intéressant que des recherches futures se focalisent sur un indice de l'intelligence (comme celui de compréhension verbale) pour en explorer davantage les

mécanismes en lien avec le TSPT. En effet, notre étude comporte de nombreuses hypothèses qui n'ont pas pu être confirmées par nos données.

Pour les recherches futures, il nous semblerait notamment intéressant d'évaluer l'impact du quotient intellectuel de l'enfant sur sa perception de l'événement et sur sa détresse péritraumatique. Une recherche de Baro (2018) a notamment démontré qu'il existe des liens entre certaines compétences cognitives et la perception d'agréabilité et de gravité des événements. Une étude de Kairis (2013) a montré que la détresse péritraumatique peut facilement être mesurée dans les jours qui suivent un événement potentiellement traumatique. Ces mesures nous semblent utiles pour une meilleure compréhension du lien entre le quotient intellectuel et le psychotraumatisme, ainsi que pour une détection précoce des enfants à risque de développer des troubles post-traumatiques.

Ensuite, nous avons utilisé des mesures auto-rapportées de la résilience et des symptômes de TSPT de l'enfant. Ces mesures sont intéressantes ; elles se basent sur la perception qu'a l'enfant de ses ressources et de son ressenti. Néanmoins, il serait utile de se baser sur des entretiens cliniques, à la place des questionnaires, pour évaluer ces deux variables chez l'enfant. Cette méthodologie permettrait de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents et d'amener davantage de précision et de justesse dans nos analyses. Il serait d'ailleurs intéressant, pour les recherches futures, que les tests, questionnaires ou entretiens puissent se faire, pour tous les enfants, en l'absence des parents afin qu'ils répondent le plus honnêtement possible.

Il serait également intéressant de développer un questionnaire de résilience davantage adapté aux enfants de 6 à 12 ans. Une limite du test que nous avons utilisé, le CYRM, est l'utilisation de mots trop complexes pour des enfants (exemple : « origine ethnique ») et, dans la version pour les plus de 9 ans (CYRM-28), l'utilisation d'items plus adaptés à des adolescents qu'à des enfants (exemple : item 20 : « J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable »). Ainsi, ces questionnaires étaient très difficiles à remplir pour les enfants présentant une intelligence limite ou très faible.

Enfin, nous nous rendons compte que de nombreux facteurs externes à notre étude ont pu influencer notre récolte de données. Nous reprendrons tout d'abord la présence de détresse chez le parent. En ce qui concerne le vécu des parents, nous avons noté des sentiments de culpabilité, causés notamment par le fait de ne pas avoir pu protéger leur enfant. Comme expliqué dans nos

données qualitatives, nous avons l'impression que le sentiment de compétence parentale peut être impacté par l'événement vécu par l'enfant, ou que le sentiment de compétence parentale préexistant impacte le vécu qu'a l'enfant d'un événement potentiellement traumatisant. Par ailleurs, de nombreuses recherches (Josse, 2011 ; Kairis, 2013 ; Vespa, 2018) ont démontré que les réactions et attitudes parentales avaient un impact sur l'apparition de symptômes post-traumatiques chez l'enfant. Ainsi, il serait intéressant d'étudier le sentiment de compétence ressenti par le parent avant et après un événement potentiellement traumatisant vécu par l'enfant. En outre, pour étudier le vécu qu'a l'enfant des événements potentiellement traumatisants, il nous semble primordial d'en étudier aussi le vécu chez les parents.

Une autre variable externe à notre étude était le niveau socio-économique de la famille. La plupart des enfants de notre échantillon provenaient d'un milieu socio-économique moyen, voire élevé. Néanmoins, nous avons rencontré une famille d'un niveau socio-économique faible ; ce qui nous a semblé impacter le vécu des enfants face aux situations stressantes. Par ailleurs, selon Josse (2011), une précarité socio-économique est liée à peu de mécanismes de soutien lors de situations adverses. Pour les recherches futures, il serait donc intéressant d'étudier l'impact du niveau socio-économique sur le vécu de l'événement potentiellement traumatique.

En outre, nous pensons qu'il serait intéressant, dans le futur, d'évaluer le lien entre la résilience de l'enfant et la dimension de surprotection parentale. Une étude de Bokszczanin (2008) a notamment démontré que la surprotection parentale est liée à davantage de symptômes de TSPT chez des adolescents ayant survécu à une catastrophe naturelle. Pour Romano (2013 ; cité par Vespa, 2018), alors que l'enfant percevrait les comportements de surprotection comme rassurants et protecteurs dans un premier temps, il les percevrait ensuite comme étouffants ; ce qui aurait un impact négatif sur le long terme. Par conséquent, évaluer l'impact de la surprotection parentale sur la résilience et le vécu qu'ont les enfants des situations stressantes nous semble pertinent.

Partie 7 : Conclusion

Ce travail de fin d'études avait pour objectif d'étudier différents facteurs favorisant la résilience des enfants et jouant un rôle sur leurs réactions à la suite d'événements potentiellement traumatisants. De manière plus précise, nous avons décidé de nous centrer sur l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur sa résilience et ses réactions post-traumatiques. Malgré les avancées de la recherche sur le traumatisme psychique, l'étiologie de ce trouble n'est pas encore claire ; les recherches ont montré des résultats contradictoires quant à l'influence de l'intelligence de l'enfant.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec des écoles primaires, mouvements de jeunesse et centres de placements familiaux, où ont été recrutés 30 enfants tout-venant et 10 enfants placés en famille d'accueil. Nous avons rencontré ces enfants à trois reprises sur une période de 5 mois (de février à juin 2019). Nous avons décidé d'inclure l'ensemble des enfants volontaires dans notre recherche, peu importe la nature et la gravité des événements potentiellement traumatisants qu'ils avaient vécus.

Les résultats obtenus dans cette étude confirment, au moins partiellement, les données de la littérature en ce qui concerne les liens entre le quotient intellectuel, la résilience et le trouble du stress post-traumatique. Tout d'abord, les résultats ont montré que le quotient intellectuel de l'enfant a un effet significatif sur ses scores aux questionnaires de résilience et de TSPT. Ainsi, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes, plus il est résilient et moins il présente de symptômes post-traumatiques ; ce qui est en accord avec de nombreuses recherches sur le sujet (Breslau, Lucia, & Alvaro, 2006, Kremen et al., 2007 ; Qouta, Punamäki, Montgomery, & El Sarraj, 2007 ; Goldstein & Brook, 2006 ; de Becker, 2008 ; Friborg et al., 2005). De plus, nous avons démontré des associations significatives entre différents indices du quotient intellectuel de l'enfant, sa résilience et ses symptômes post-traumatiques. Ainsi, nos résultats démontrent que ces indices impactent différemment la résilience et le psychotraumatisme chez l'enfant. Par conséquent, il serait intéressant que des recherches futures se focalisent sur un indice de l'intelligence (comme celui de compréhension verbale par exemple) pour en explorer davantage les mécanismes en lien avec la résilience et le trouble du stress post-traumatique.

Ensuite, nos résultats, en ce qui concerne le lien entre la résilience de l'enfant et ses symptômes post-traumatiques, ont été surprenants : ils ont indiqué une absence de lien significatif entre ces

variables. A contrario, une étude plus précise a fait émerger un facteur inattendu : celui de la surprotection parentale. En effet, un lien significatif indique que plus la résilience familiale de l'enfant est élevée, plus il présente de symptômes post-traumatiques. Il serait intéressant que les recherches investiguent davantage le lien entre la résilience familiale de l'enfant, la surprotection parentale et le psychotraumatisme afin d'affirmer notre hypothèse.

Enfin, nous avons également pour objectif de comparer une population d'enfants tout-venant avec une population d'enfants placés en famille d'accueil. Nos résultats indiquent que les enfants placés ont vécu des événements de plus forte gravité que les enfants tout-venant, mais ils ne nous permettent pas de confirmer que les enfants placés sont plus nombreux à présenter un trouble du stress post-traumatique. Alors que, chez les enfants tout-venant, nous obtenons une relation significative entre leur quotient intellectuel et leurs symptômes post-traumatiques, nous ne retrouvons pas cette association chez les enfants placés. Par ailleurs, notre étude suggère que différents facteurs, tels que le nombre de placements et les contacts avec la famille d'origine, influencent la sévérité des symptômes post-traumatiques des enfants placés. Néanmoins, nous pouvons regretter que la taille de notre échantillon (N=10) ne nous permette pas de généraliser ces résultats. Nous suggérons que les études futures portent sur de plus grands échantillons afin d'analyser plus précisément les capacités intellectuelles, la résilience et le psychotraumatisme chez les enfants placés en famille d'accueil.

En conclusion, le quotient intellectuel de l'enfant semble être un facteur pertinent dans l'étude de la résilience et des troubles post-traumatiques chez l'enfant. De manière générale, les recherches futures devraient étudier plus précisément la façon dont les enfants et leurs parents s'adaptent à un événement potentiellement traumatisant. Pour ce faire, nous suggérons de mettre en place des études portant sur de plus grands échantillonnages, avec un design longitudinal. De plus, il serait intéressant qu'elles étudient plus précisément les mécanismes sous-jacents du lien entre le quotient intellectuel de l'enfant, la résilience et le trouble du stress post-traumatique, tout en prenant en compte davantage de variables (par exemple ; surprotection parentale, milieu socio-économique, sentiment de compétence parentale). D'un point de vue clinique, il nous semble important d'informer les enfants qui vivent des événements potentiellement traumatisants et leurs parents des symptômes susceptibles d'apparaître. Ces symptômes (reviviscences, anxiété, difficultés de concentration ou de sommeil) peuvent paraître inquiétants pour des enfants ; il nous semble donc primordial de rassurer et de prévenir les familles de la possibilité de leur apparition.

Partie 8 : Bibliographie

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier.
- Atwool, N. (2013). Birth family contact for children in care: How much? How often? Who with?. *Child Care in Practice*, 19(2), 181-198. doi: 10.1080/13575279.2012.758086
- Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 188–196. doi:10.1016/j.janxdis.2013.01.003
- Baro, G. (2018). *La variabilité interindividuelle face aux événements de la vie chez les enfants de 6 à 12 ans* (Mémoire de master). Retrieved from <https://matheo.uliege.be/>
- Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives : The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychological Association*, 61, 218-226. doi:10.1037/0003-066X.61.3.218
- Behaghel, S. (2015). *Traumas et narcissisme*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Berger, M. (2003). *L'enfant et la souffrance de la séparation : divorce, adoption, placement*. Paris, France: Dunod.
- Berger, M. (2004). *Les séparations à but thérapeutique*. Paris, France: Dunod.
- Berridge, D. & Cleaver, H. (1987). *Foster home breakdown*. Oxford, Angleterre: Blackwell.
- Biéroult, M., & Turgeon, L. (2008). Évaluation de l'état de stress post-traumatique chez les enfants. In M. Bouvard (Ed.), *Questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent*, 1, 71-79.
- Bokszczanin, A. (2008). Parental support, family conflict, and overprotectiveness: Predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21, 325-335. doi: 10.1080/10615800801950584
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 74. doi:10.1037/a0017829
- Bonanno, G. A., Papa, A., & O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 193–206. doi:10.1016/S0962-1849(01)80014-7
- Bonneville-Baruchet, E. (2016). *Les traumatismes relationnels précoces : Clinique de l'enfant placé*. Toulouse, France: érès.

- Breslau, N., Lucia, V. C., & Alvaro, G. F. (2006). Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder : A follow-up study at 17 years. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 1238-1245. doi:10.1001/archpsyc.63.11.1238
- Breslau, N., Troost, J. P., Bohnert, K. & Luo, Z. (2012). Influence of predispositions on post-traumatic stress disorder: does it vary by trauma severity?. *Psychological Medicine*, *43*(2), 381–390. doi:10.1017/S0033291712001195
- Breslau, N., Chen, Q., & Luo, Z. (2013). The role of intelligence in posttraumatic stress disorder: does it vary by trauma severity?. *PLoS One*, *8*(6). doi:10.1371/journal.pone.0065391
- Brosbe, M.S., Hoefling, K., & Faust, J. (2011). Predicting posttraumatic stress following pediatric injury: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, *36*, 718–729. doi:10.1093/jpepsy/jsq115
- Bruskas, D. (2008). Children in foster care : A vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *21*(2), 70-77. doi:10.1111/j.1744-6171.2008.00134.x
- Buckley, T. (2000). Information processing and ptsd A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, *20*(8), 1041-1065. doi:10.1016/s0272-7358(99)00030-6
- Burke Harris, N. (2015). *How childhood trauma affects health across a lifetime*. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=95ovIJ3dsNk>
- Carroll, J. B. (1993). *Human Cognitive Abilities : A survey of factor analytic studies*. New-York, NY: Cambridge University Press.
- Casey Family Programs. (2005). Improving family foster care : Findings from the northwest foster care alumni. Retrieved from <https://www.casey.org/northwest-alumni-study>
- Chapman, M. V., Wall, A., & Barth, R. P. (2004). Children’s voices: The perceptions of children in foster care. *American Journal of Orthopsychiatry*, *74*, 293-304. doi:10.1037/00029432.74.3.293
- Cirillo, S. (1988). *Familles en crise et placement familial : Guide pour les intervenants*. Issy-les-Moulineaux, France: ESP éditeur.
- Condly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for education. *Urban education*, *41*(3), 211-236. doi:10.1177/0042085906287902
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 577-584.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic experiences in early childhood. *Developmental Review*, *24*, 99-112. doi:10.1023/A:1014851823163
- Cox, C. M., Kenardy, J. A., & Hendrikz, J. K. (2008). A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *13*, 98-110. doi:10.1111/j.1744-6155.2008.00141.x
- Cyrulnik, B.. (2003). *Le murmure des fantômes*. Paris, France : Odile Jacob.

- Cyrulnik, B., & Conrath, P. (Eds.). (2006). *Les enfants aux cent familles : Enfants placés, déplacés, migrants, adoptés*. Revigny-sur-Ornain, France: Éditions du Journal des psychologues.
- Cyrulnik, B. (2017). *De la tragédie à la reconstruction du Moi, leçon d'ouverture du Colloque*. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=my-gT6enM74>
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris, France: Odile Jacob.
- Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., McDuff, P., & Collin-Vézina, D. (2013). Psychometric properties of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) among samples of french Canadian youth. *Child Abuse & Neglect*, 37(2-3), 160-171. doi:10.1016/j.chiabu.2012.06.004
- David, M. (1994). *Le placement familial : De la pratique à la théorie*. Paris, France : Éditions sociales françaises.
- David, M. (2004). *Le placement familial : De la pratique à la théorie* (5ème édition). Paris, France: Dunod.
- de Becker, E. (2009). Inceste et facteur de résilience. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 597-603. doi:10.1016/j.amp.2008.05.019
- Decam, L. (2012). De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique: Étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques. *Médecine Humaine et Pathologie*. Retrieved from <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00735781/document>
- Delage, M. (2006). Placement et retissage des liens familiaux. In Cyrulnik, B., & Conrath, P. (Eds.), *Les enfants aux cent familles : Enfants placés, déplacés, migrants, adoptés* (pp. 61-65). Revigny-sur-Ornain, France: Éditions du Journal des psychologues.
- Denis, H., & Baghdadli, A. (2017). Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*, 24(1), 87–90. doi:10.1016/j.arcped.2016.10.006
- De Prince, A. P., & Freyd, J. J. (2006). Costs and benefits of being asked about trauma history. *Journal of Trauma Practice*, 3, 23–35. doi:10.1300/J189v03n04_02
- De Stasio, S., Fiorilli, C., & Di Chiacchio, C. (2014). Effects of verbal ability and fluid intelligence on children's emotion understanding. *International Journal of Psychology*, 49(5), 409-414. doi:10.1002/ijop.12032
- Diamond T., Muller R. T.; Rondeau, L. A., & Rich, J. B. (2001). The relationships among PTSD symptomatology and cognitive functioning in adult survivors of child maltreatment. *In Advances in Psychology Research*, 5, 253–279. doi:10.1196/annals.1364.008
- Dumont, M., & Plancherel, B. (Eds.). (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic PTSD after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
- Farmer, E., Lipscombe, J., & Moyers, S. (2005). Foster carer strain and its impact on parenting and placement outcomes for adolescents. *British Journal of Social Work*, 35, 237-253. doi:10.1093/bjsw/bch181
- Fédération des Services de Placement Familial (2007). *Le placement Familial*. Bruxelles : Belgique.

- Fédération Wallonie-Bruxelles (n.d.). *Placement familial : Informations générales*. Retrieved from <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=334>
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 281-292.
- Fisher, P. A., Gunnar, M., Dozier, M., Bruce, J., & Pears, K. C. (2006). Effects of a therapeutic intervention for foster children on behavior problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 215-225. doi:10.1196/annals.1376.023
- Ford, J. D. (2009). *Posttraumatic stress disorder : Scientific and professional dimensions*. Burlington, VT: Elsevier.
- Foresti, E. (2009). *Attachement et placement familial et institutionnel : Différences entre enfants placés en famille d'accueil et enfants en institution au Grand-Duché du Luxembourg* (Mémoire de master non publié). Université de Liège, Liège, Belgique.
- Fournier, M., & Lécuyer, R. (Eds.) (2006). *L'intelligence de l'enfant : Le regard des psychologues*. Auxerre Cedex, France: Presses Universitaires de France.
- Friberg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42. doi:10.1002/mpr.15
- Gardner, H. (1992). *Multiple intelligences*. Minnesota, MN:Minnesota Center for Arts Education.
- Gilbertson, M. WM, Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neurosciences*, 5(11), 1242-1247. doi:10.1038/nn958
- Gilbertson, M. W., Paulus, L. A., Williston, S. K., Gurvits, T. V., Lasko, N. B., Pitman, R. K., & Orr, S. P. (2006). Neurocognitive function in monozygotic twins discordant for combat exposure: relationship to posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 282-485. doi:10.1037/0021-843X.115.3.484
- Giraud, M. (2005). Le travail psychosocial des enfants placés. *Déviance et Société*, 29, 463-485. doi:10.3917/ds.294.0463
- Goldstein, S., & Brooks, R. B., (Eds.) (2006). *Handbook of resilience in children*. New-York, NY: Springer.
- Grégoire, J. (2000). *L'évaluation clinique de l'intelligence de l'enfant: Théorie et pratique du WISC-III*. Sprimont, Belgique: Editions Mardaga.
- Grégoire, J. (2006). L'évaluation de l'intelligence en questions. In Fournier, M. & Lécuyer, R. (Eds.), *L'intelligence de l'enfant : Le regard des psychologues* (pp. 95-105). Auxerre Cedex, France: Presses Universitaires de France.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hizli, F.G., Taskintuna, N., Isikli, S., Kilic, C., & Zileli, L. (2008). Predictors of posttraumatic stress in children and adolescents. *Children and Youth Services Review*, 31, 349-354. doi:10.1016/j.brat.2010.05.002

- Hofer, M. A. (2003). The emerging neurobiology of attachment and separation: How parents shape their infant's brain and behavior. In Coates, S., Rosenthal, J. L. & Schecter, D. (Éds), *September 11: Trauma and human bonds* (pp. 191-209). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Howe, D., Brandon, M., Hinings, H., & Schofield, G. (1999). *Attachment theory, child maltreatment and family support*. Basingstoke, Angleterre: Macmillan.
- Howe, D. & Steele, M. (2004). Contact in cases in which children have been traumatically abused or neglected by their birth parents. In E. Neil & D. Howe (Eds.), *Contact in adoption and permanent foster care: Research, theory and practice* (pp. 203-233). Londres, Angleterre: British Association of Adoption and Fostering.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. Londres, Angleterre: Macmillan International Higher Education.
- Hudson, J. (2013). La relation parent-enfant pendant la petite enfance et le développement de l'anxiété et de la dépression. In R.E., Tremblay, M. Boivin, & R.D., Peters (Eds.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants. Retrieved from <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/HudsonFRxp1.pdf>
- Jumel, B. (2017). *L'Aide-mémoire du WISC-V*. Malakoff, France: Dunod.
- Josse, E. (2007). *Le stress : Quelques repères notionnels*. La Hulpe, Belgique. Retrieved from http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/le_stress.pdf
- Josse, E. (2011). *Le traumatisme psychique : Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Juhel, J., & Rouxel, G. (2005). Effets du contexte d'évaluation sur les dimensions de la désirabilité sociale. *Psychologie du travail et des organisations*, 11(1), 59-68. doi: 10.1016/j.pto.2005.02.006
- Kairis, S. (2013). *Étude de l'impact du fonctionnement familial et de la détresse parentale sur le psychotraumatisme de l'enfant* (Mémoire de master). Retrieved from <https://matheo.uliege.be/>
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214-1222. doi:10.1097/00004583-199910000-00009
- Karmiloff-Smith, A., & Thomas, M. (2005). Les troubles du développement viennent-ils confirmer les arguments de la psychologie évolutionniste ? Une approche neuro-constructiviste. *Revue française de pédagogie*, 152, 11-19. doi:10.3406/rfp.2005.3359
- Karmiloff-Smith, A., & Karmiloff-Smith, K. (2006). Comment s'acquiert le langage. In Fournier, M. & Lécuyer, R. (Eds.), *L'intelligence de l'enfant : Le regard des psychologues* (pp. 95-105). Auxerre Cedex, France: Presses Universitaires de France.
- Kassam-Adams, N., & Winston, F.K. (2004). Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43. doi:10.1097/00004583-200404000-00006

- Kaufman, A. S., Kaufman, N. L., Melchers, P., & Melchers, M. (2015). *KABC-II*. Pearson.
- Kedia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2013). *L'aide-mémoire de psychotraumatologie*. Paris, France: Dunod.
- Kremen, W. S., Koenen, K. C., Boake, C., Purcell, S., Eisen, S. A., Franz, C. E., & Lyons, M. J. (2007). Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder: a twin study. *Archives of General Psychiatry*, *64*(3), 361-368. doi:10.1001/archpsyc.64.3.361
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Timm, K., Gnehm, H.E., & Senhauser, F.H. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, *44*, 1276-1283. doi: 10.1097/01.chi.0000181045.13960.67
- Laroche, S. (2001). Les mécanismes de la mémoire. *Pour la science*, 52-59.
- Le Brocque, R. M., Hendrikz, J., & Kenardy, J. A. (2009). The course of posttraumatic stress in children: Examination of recovery trajectories following traumatic injury. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*, 637-645. doi:10.1093/jpepsy/jsp050
- Liebenberg, L., Ungar, M., & de Vijver, F. V. (2011). Validation of the child and youth resilience measure-28 (CYRM-28) among canadian youth. *Research on Social Work Practice*, *22*(2), 219-226. doi:10.1177/1049731511428619
- Loop, L., Mouton, B., & Roskam, I. (2015). Comment intervenir auprès de parents d'enfants difficiles ? Agir sur leurs cognitions ou sur leurs comportements? in Roskam, I. & Mikolajczak, M., *Stress et défis de la parentalité*. Bruxelles : De Boeck.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of highrisk adolescents. *Child Development*, *62*, 600-616. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x
- Macklin, M. L., Metzger, L. J., Litz, B. T., McNally, R. J., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(2), 323-326. doi:10.1037/0022-006X.66.2.323
- Manciaux, M. (2006). Conclusion en guise d'envoi. In Cyrulnik, B., & Conrath, P. (Eds.), *Les enfants aux cent familles : Enfants placés, déplacés, migrants, adoptés* (pp. 61-65). Revigny-sur-Ornain, France: Éditions du Journal des psychologues.
- Martini, M., Marchand, A., Boyer, R., Martin, N., & Collacciani, G. (2008). *Le soutien des collègues est-il essentiel au rétablissement lorsqu'un événement traumatique survient en milieu de travail ?* (Research poster). Retrieved from www.traumaptsd.com/fr/libraries/download/57
- Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand, *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements* (pp.51-86). Canada, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marx, B. P., Doron-Lamarca, S., Proctor, S. P., & Vasterling, J. J. (2009). The influence of pre-deployment neurocognitive functioning on post-deployment PTSD symptom outcomes among Iraq-deployed Army soldiers. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *15*(6), 840-852. doi:10.1017/S1355617709990488

- McNally, R. J., & Shin, L. M. (1995). Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans. *The American journal of psychiatry*, 152, 936-938. doi:10.1176/ajp.152.6.936
- McNally, R. J., & Robinaugh, D. J. (2011). Risk factors and posttraumatic stress disorder: Are they especially predictive following exposure to less severe stressors?. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1091-1096. doi:10.1002/da.20867
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Smith, P. Yule, W., & Glucksman, E. (2007). Diagnostic, demographic, memory quality, and cognitive variables associated with acute stress disorder in children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 65-79. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.65
- Meens, J. (2018). *Étude systémique du placement de l'enfant en famille d'accueil : Analyse du fonctionnement familial, du sentiment d'appartenance et du conflit de loyauté* (Mémoire de master). Retrieved from <https://matheo.uliege.be/>
- Munro, E. R., & Hardy, A. (2006). *Placement stability: a review of the literature*. Loughborough, Angleterre: Centre for Child and Family Research.
- Nugent, N.R., Ostrowski, S., Christopher, N.C., & Delahanty, D.L. (2006). Parental posttraumatic stress symptoms as a moderator of child's acute biological response and subsequent posttraumatic stress symptoms in pediatric injury patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 309–318. doi:10.1093/jpepsy/jsl005
- Olliac, B. et al. (2014). Validation of the french version of the Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: psychometric properties in french speaking school-aged children. *PloS One*, 9(12). doi:10.1371/journal.pone.0112603
- Ondrusek, N., Abramovitch, R., Pencharz, P., & Koren, G. (1998). Empirical examination of the ability of children to consent to clinical research. *Journal of Medical Ethics*, 24, 158-165. doi:10.1136/jme.24.3.158
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *CIM-10 FR : Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Lyon, France: ATIH.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(1), 52-73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Stress et Coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Pauzé, R. (2016). Définition, facteurs de risque associés et conséquences possibles de l'anxiété généralisée (TAG) chez les adolescents. *Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de la Capitale-Nationale Québec*.
- Parslow, R. A., & Jorm, A. F. (2007). Pretrauma and posttrauma neurocognitive functioning and PTSD symptoms in a community sample of young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 509-515. doi:10.1176/appi.ajp.164.3.509
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Potin, E. (2009). Vivre un parcours de placement : Un champ des possibles pour l'enfant, les parents et la famille d'accueil. *Sociétés et Jeunesses en difficulté*, 8, 61-85.

- Qouta, S., Punamäki, R-L., Montgomery, E., & El Sarraj, E. (2007). Predictors of psychological distress and positive resources among palestinian adolescents : Trauma, child, and mothering characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 699-717. doi:10.1016/j.chiabu.2005.07.007
- Racle, G. (1986). Une intelligence ou des intelligences ?. *Communication et langages*, 68, 51-66. doi : 10.3406/colan.1986.1760
- Reich, W., & Kaplan, L. (1994). The effects of psychiatric and psychosocial interviews on children. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 50–53. doi:10.1016/0010-440X(94)90169-4
- Resilience and Research Center (2013). *Le Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28)*. Retrieved from http://www.resilienceresearch.org/files/EvaluationTools/fr/3.1-RRC-Evaluation-Tool-Basket_CYRM-FR.pdf
- Roskam, I., Meunier, J. C., Stiévenart, M., & Van de Moortele, G. (2009). Troubles externalisés du comportement et facteurs de résilience chez l'enfant. *Resilience, Regulation and Quality of Life*, 45.
- Rowe, J., Hundleby, M., and Garnett, L., (1989). *Child Care Now*. Londres, Angleterre: BAAF.
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X., & Localio, A. R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics*, 119,336-344. doi:10.1542/peds, 2006-1995.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V., & Bremner, J. D. (2006). The intellectual performance of traumatized children and adolescents with or without posttraumatic stress disorder. *Journal of abnormal psychology*, 115(2), 332. doi:10.1037/0021-843X.115.2.332
- Saltzman, K. M., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2006). IQ and posttraumatic stress symptoms in children exposed to interpersonal violence. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(3). doi:10.1007/s10578-005-0002-5
- Seedat, S., Pienaar, W., Williams, D., & Stein, D. J. (2004). Ethics of research on survivors of trauma. *Current Psychiatry Report*, 6, 262-267. doi:10.1007/s11920-004-0075-z
- Selwyn, J. (2004). Placing older children in new families: Changing patterns of contact. In Neil, E. & Howe, D. (Eds.), *Contact in adoption and permanent foster care : Research, theory and practice* (pp. 144-164). Londres, Angleterre: British Association of Adoption and Fostering.
- Selwyn, J. & Quinton, D. (2004). Stability, permanence, outcomes and support : Foster care and adoption compared. *Adoption and Fostering*, 28(4), 6-15. doi:10.1177/030857590402800403
- Silva, R. R., Alpert, M., Munoz, D. M., Singh, S. Matzner, F., & Dunitz, S. (2000). Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1229-1235. doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1229
- Sinclair, I., Gibbs, I., & Wilson, K. (2004). *Foster Placements: Why they succeed and why they fail* . Londres, Angleterre: Jessica Kinglsey Publishers.
- Sinclair, I., Wilson, K., & Gibbs, I. (2001). “A life more ordinary”: What children want from foster placements. *Adoption & Fostering*, 25(4). doi:10.1177/030857590102500404

- Stassen Berger, K. (2012). *Psychologie du développement* (2ème ed.). Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Steinhauer, P. D. (1996). *Le moindre mal : La question du placement de l'enfant*. Montréal, Canada: Les presses de l'Université de Montréal.
- Taïeb, O., Baubet, T., Pradère, J., Lévy, K., Revah-Lévy, A., Serre, G., & Moro, M.-R. (2003). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC-Psychiatrie*, 1, 23-32. doi:10.1016/S1762-5718(03)00004-X
- Theis, A. (2006). *Approche psychodynamique de la résilience : Étude clinique projective comprée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil* (Thèse de doctorat), Université de Nancy 2, France.
- Terrisse, B., & Larose, F. (2001). La résilience : Facteurs de risque et facteurs de protection dans l'environnement social et scolaire du jeune enfant. *Cahiers du Centre de Recherche sur les Formes d'Éducation et d'Enseignement, École/Famille : Quelle médiation ?*, 14, 129-172. doi:10.3917/rsi.121.0028
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2011). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, 122–138. doi:10.1016/j.cpr.2011.12.001
- Twamley, E. W., Hami, S., & Stein, M. B. (2004). Neuropsychological function in college students with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 126(3), 265-274. doi:10.1016/j.psychres.2004.01.008
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2), 126-149. doi:10.1177/1558689811400607
- Valentino, K., Berkowitz, S., & Stover, C.S. (2010). Parenting behaviors and posttraumatic symptoms in relation to children's symptomatology following a traumatic event. *Journal of Trauma and Stress*, 23, 403-407. doi:10.1002/jts.20525.
- Vannier, S. (2006). Introduction. In Cyrulnik, B., & Conrath, P. (Eds.), *Les enfants aux cent familles : Enfants placés, déplacés, migrants, adoptés* (pp. 7-9). Revigny-sur-Ornain, France: Éditions du Journal des psychologues.
- Vasterling, J. J., Brailey, K., Constans, J. I., Borges, A., & Sutker, P. B. (1997). Assessment of intellectual resources in Gulf War veterans: Relationship to PTSD. *Assessment*, 4(1), 51-59. doi:10.1080/0969594970040104
- Vespa, O. (2018). *Comment la détresse parentale et le fonctionnement familial influencent-ils les composantes potentiellement traumatiques de l'événement amenant l'enfant à être hospitalisé?* (Mémoire de master). Retrieved from <https://matheo.uliege.be>
- Vila, G. (2006). L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 19, 97–100. doi:10.1016/j.jpp.2006.02.003
- Wallerstein, J. (2002). Trends in child development and the family. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 2(2), 1-16. doi:10.1080/15289168.2002.10486392
- Ward, H., & Skuse, T. (2001). Performance targets and stability of placements for children long looked after away from home. *Children and Society*, 15, 333-346. doi:10.1002/chi.673

- Wechsler, d. (2016). *Échelle d'intelligence de wechsler pour enfants : cinquième édition*. Montreuil, france: ecpa pearson.
- Wechsler, d. (2016). *Echelle d'intelligence de wechsler pour enfants - 5ème édition : manuel d'interprétation*. Montreuil, france: ecpa pearson.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: perspectives from the kauai longitudinal study. *Development and psychopathology*, 5(4), 503-15. doi:10.1017/s0954579400000612x
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. *Handbook Of early childhood intervention*, 2, 115-132.
- Winnicott, d. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. *De La pédiatrie à la psychanalyse, 1969*, 285-291.
- Wrenn, G. L., Wingo, A. P., Moore, A., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2011). The effect of resilience on posttraumatic stress disorder in trauma-exposed inner-city primary care patients. *Journal Of the National Medical Association*, 103(7), 560–566. doi:10.1016/s0027-9684(15)30381-3
- Yehuda, R., Keefe, R. S. E., Harvey, P. D., Levengood, R. A., Gerber, D. K., Geni, J., & Siever, L. J. (1995). Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American journal of psychiatry*, 152, 137–139. doi:10.1176/ajp.152.1.137
- Zuber, A., & Sadlier, K. (2008). Etat de stress post-traumatique chez l'enfant. In M. Kédia & A. Sabouraud-séguin (eds.), *Psychotraumatologie : l'aide-mémoire* (pp. 27- 35). Paris, france : Dunod.

ANNEXES

Table des annexes

| | |
|---|------|
| 1. Annexe 1 : Tableau A1..... | I |
| 2. Annexe 2 : Tableau A2..... | II |
| 3. Annexe 3 : Tableau A3..... | III |
| 4. Annexe 4 : Tableau A4..... | IV |
| 5. Annexe 5 : Tableau A5..... | V |
| 6. Annexe 6 : Tableau A6..... | VI |
| 7. Annexe 7 : Lettre à destination des directeurs d'école..... | VII |
| 8. Annexe 8 : Lettre à destination des parents..... | VIII |
| 9. Annexe 9 : Lettre à destination des parents d'accueil..... | IX |
| 10. Annexe 10 : Trouble du stress post-traumatique (DSM-5, APA, 2016, pp. 350-352)..... | X |
| 11. Annexe 11 : Trouble du stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins (DSM-5, APA, 2016, pp. 352-353)..... | XIII |

1. Annexe 1 : Tableau A1

Tableau A1 : Données sociodémographiques des enfants tout-venant (nombre de sujets et pourcentage).

| Catégorie | Contenu | Échantillon | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------|-------|
| | | N | % |
| Recrutement | Unité scouts de Saint-Quirin | 12 | 40 |
| | Ecole du Sacré-Coeur | 9 | 30 |
| | Ecole fondamentale Saint-Quirin | 9 | 30 |
| Sexe | Filles | 17 | 57 |
| | Garçons | 13 | 43 |
| Suivi psychologique | Oui | 5 | 16.67 |
| | Non | 25 | 83.33 |
| Événement vécu | Hospitalisation | 8 | 26.67 |
| | Hospitalisation d'un proche | 2 | 6.67 |
| | Accident | 8 | 26.67 |
| | Décès d'un proche | 7 | 23.33 |
| | Cambriolage | 2 | 6.67 |
| | Violence physique | 1 | 3.33 |
| | Abus sexuels | 1 | 3.33 |
| | Guerre | 1 | 3.33 |
| Niveau d'études des parents | Secondaire inférieur | 3 | 5 |
| | Secondaire supérieur | 8 | 13.33 |
| | Formation professionnelle (1 an) | 4 | 6.67 |
| | Gaduat | 21 | 35 |
| | Universitaire | 21 | 35 |
| | Données manquantes | 3 | 5 |

2. Annexe 2 : Tableau A2

Tableau A2 : Données sociodémographiques des enfants placés en famille d'accueil (nombre de sujets et pourcentage).

| Catégorie | Contenu | Échantillon | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------|----|
| | | N | % |
| Recrutement | Accueil et Solidarité | 5 | 50 |
| | La Sauvergarde Familiale | 4 | 40 |
| | L'Accueil Familial | 1 | 10 |
| Sexe | Filles | 5 | 50 |
| | Garçons | 5 | 50 |
| Suivi psychologique | Oui | 4 | 40 |
| | Non | 6 | 60 |
| Événement vécu | Accident | 3 | 30 |
| | Décès d'un proche | 1 | 10 |
| | Violence conjugale | 1 | 10 |
| | Toxicomanie parentale | 1 | 10 |
| | Abandon parental | 1 | 10 |
| | Violence physique | 2 | 20 |
| | Séparation avec les parents | 1 | 10 |
| Niveau d'études des parents | Primaire | 2 | 10 |
| | Secondaire inférieur | 6 | 30 |
| | Secondaire supérieur | 5 | 25 |
| | Données manquantes | 7 | 35 |
| Début du placement | 2011 | 4 | 40 |
| | 2012 | 2 | 20 |
| | 2013 | 1 | 10 |
| | 2014 | 1 | 10 |
| | 2016 | 1 | 10 |
| | 2017 | 1 | 10 |
| Nombre de placements | 1 | 7 | 70 |
| | 2 | 1 | 10 |
| | 3 | 2 | 20 |
| Contacts parents biologiques | Les deux | 2 | 20 |
| | La mère uniquement | 5 | 50 |
| | Le père uniquement | 1 | 10 |
| | Aucun | 2 | 20 |

3. Annexe 3 : Tableau A3

Tableau A3 : Données descriptives (moyennes, écart-type, médianes) de l'échantillon des enfants pour les différents tests et questionnaires.

| Test | Catégorie | Échantillon | | |
|--------|-------------------------|-------------|------------|---------|
| | | Moyenne | Écart-type | Médiane |
| WISC-V | QI total | 106.1 | 16.24 | 106 |
| | ICV | 109.27 | 15.21 | 111 |
| | IVS | 103.37 | 13.34 | 101 |
| | IRF | 101.87 | 15.83 | 101 |
| | IMT | 105.02 | 15.82 | 107 |
| | IVT | 102.22 | 12.90 | 103 |
| CYRM | Résilience totale | 101.1 | 14.25 | 101.5 |
| | Résilience individuelle | 3.95 | 0.64 | 3.985 |
| | Résilience familiale | 3.95 | 0.55 | 3.925 |
| | Résilience contextuelle | 3.27 | 0.58 | 3.315 |
| CPTSRI | TSPT total | 27.33 | 12.39 | 27 |
| | Facteur 1 | 13.67 | 6.62 | 14 |
| | Facteur 2 | 8.98 | 5.11 | 7.5 |
| | Facteur 3 | 6 | 3.83 | 5 |

4. Annexe 4 : Tableau A4

Tableau A4 : Normalité (statistique de Shapiro-Wilk) de l'échantillon des enfants pour les différents tests et questionnaires.

| Test | Catégorie | Shapiro-Wilk | | |
|--------|-------------------------|--------------|----------|-----------|
| | | Valeur W | Valeur p | Normalité |
| WISC-V | QI total | 0.96 | 0.19 | V |
| | ICV | 0.94 | 0.06 | V |
| | IVS | 0.93 | 0.03 | X |
| | IRF | 0.95 | 0.11 | V |
| | IMT | 0.99 | 0.97 | V |
| | IVT | 0.91 | 0.01 | X |
| CYRM | Résilience totale | 0.98 | 0.82 | V |
| | Résilience individuelle | 0.97 | 0.40 | V |
| | Résilience familiale | 0.97 | 0.51 | V |
| | Résilience contextuelle | 0.98 | 0.71 | V |
| CPTSRI | TSPT total | 0.97 | 0.37 | V |
| | Facteur 1 | 0.96 | 0.22 | V |
| | Facteur 2 | 0.93 | 0.02 | X |
| | Facteur 3 | 0.92 | 0.01 | X |

5. Annexe 5 : Tableau A5

Tableau A5 : Gravité des événements potentiellement traumatisants.

| Type d'événement | Moyenne de la gravité | Catégorie gravité |
|------------------------------|-----------------------|-------------------|
| Accident | 4 | Faible |
| Hospitalisation | 4.28 | Faible |
| Hospitalisation d'un proche | 4.71 | Faible |
| Cambriolage | 4.85 | Faible |
| Décès grands-parents | 4.85 | Faible |
| Accident avec cicatrice | 5.28 | Sévère |
| Témoin de violence conjugale | 6.71 | Sévère |
| Toxicomanie parentale | 6.71 | Sévère |
| Décès papa | 7.14 | Sévère |
| Vivre dans un pays en guerre | 7.14 | Sévère |
| Séparation avec la maman | 7.28 | Sévère |
| Violence physique | 8.85 | Sévère |
| Abandon parents | 9.28 | Sévère |
| Abus sexuels | 9.71 | Sévère |

6. Annexe 6 : Tableau A6

Tableau A6 : Résultats des corrélations entre les scores de l'enfant aux items concernant les soins prodigués par ses fournisseurs de soins et ses scores aux items de l'échelle de TSPT (CPTS-RI).

| | Corrélation | p |
|---|-------------|----------|
| Item 17 (CYRM) & Item 3 (CPTS-RI) « Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés » & « Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé ou entends-tu des bruits qui te rappellent ce qui t'est arrivé ? » | 0.36 | 0.01** |
| Item 17 (CYRM) & Item 5 (CPTS-RI) « Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés » & « Fais-tu des bons ou des mauvais rêves (cauchemars) à propos de ce qui t'est arrivé ou fais-tu d'autres sortes de cauchemars ? » | 0.44 | 0.0004** |
| Item 24 (CYRM) & Item 3 (CPTS-RI) « Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins » & « Revois-tu des images dans ta tête de ce qui t'est arrivé ou entends-tu des bruits qui te rappellent de qui t'est arrivé ? » | 0.36 | 0.02** |

** p < 0.05

7. Annexe 7 : Lettre à destination des directeurs d'école

Delhalle Manon
Manon.Delhalle@student.uliege.be



Chère Madame,
Cher Monsieur,

Je m'appelle Manon Delhalle et je suis étudiante en 2^{ème} année de master en psychologie à l'Université de Liège. Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui vise à évaluer dans quelle mesure le niveau d'intelligence influence le vécu et les réactions que peuvent avoir les enfants à la suite de situations stressantes. Dans le cadre de cette étude, l'enfant ne doit pas nécessairement avoir vécu un traumatisme. Un événement marquant de la vie de l'enfant sera choisi avec l'aide des parents pour en étudier le vécu chez l'enfant. Par ailleurs, des recherches ont montré qu'il n'était pas néfaste pour les enfants de participer à ces études et que celles-ci peuvent leur permettre de partager leur vécu.

Je vous envoie donc cette lettre afin de savoir si vous accepteriez que je réalise ce projet au sein de votre école. Cela impliquerait que vous acceptiez de transmettre, via les enseignants, une lettre aux parents de vos élèves. Si les parents acceptent, je rencontrerai alors la famille pour apprendre à mieux connaître l'enfant, pour ensuite lui faire passer quelques tests. L'enfant passera un test de quotient intellectuel qui est composé de petites épreuves évaluant différentes composantes de l'intelligence. L'enfant passera ensuite une échelle de résilience qui le questionne sur ses ressources individuelles, relationnelles, communautaires et culturelles. Enfin, une échelle d'évaluation des réactions de stress post-traumatique sera présentée à l'enfant ; cette échelle questionne l'enfant sur ses réactions à la suite d'événements stressants qu'il aurait vécu.

Les parents des enfants seront prévenus de la réalisation de cette étude et de ses objectifs via une lettre d'information et pourront me contacter s'ils souhaitent plus d'informations. Les enfants ne pourront être testés que si leurs parents ont donné leur accord pour que l'enfant participe à ce projet. Ils ne sont nullement obligés d'accepter et pourront, s'ils le souhaitent, arrêter la participation de leur enfant à tout moment et sans devoir fournir d'explications. 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.

Si vous souhaitez plus d'informations ou me poser des questions concernant ce projet, vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : Manon.Delhalle@student.uliege.be.

En vous remerciant et en vous souhaitant une bonne journée,

Delhalle Manon

8. Annexe 8 : Lettre à destination des parents



Bonjour,

Je m'appelle Manon Delhalle et je suis étudiante en 2^{ème} année de master en psychologie à l'Université de Liège. Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui vise à évaluer dans quelle mesure le niveau d'intelligence influence les réactions des enfants à la suite de situations stressantes.

Qui ? Cette étude s'adresse aux enfants entre 6 et 12 ans.

Quoi ? 3 rencontres :

1. Premier contact (en présence des parents) et prise de connaissance de l'histoire de l'enfant.
2. Test de quotient intellectuel.
3. Questionnaire de résilience et de réaction aux situations stressantes.

=> Si vous le souhaitez, une quatrième rencontre peut être organisée afin de vous faire parvenir les résultats de votre enfant au test de quotient intellectuel.

Quand ? Entre février et juin 2019.

Où ? A votre domicile ou au lieu de votre choix.

Votre enfant ne sera testé que si vous avez donné votre accord. Vous n'êtes pas obligés d'accepter et vous pouvez arrêter la participation de votre enfant à tout moment. Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront traitées de façon anonyme et utilisées dans la plus stricte confidentialité.

Vous souhaitez participer?

- Envoyez-moi un mail à l'adresse suivante : Manon.Delhalle@student.uliege.be
- Ou contactez-moi par gsm au 0488/47.43.32.
- Ou remplissez le talon ci-dessous

Un grand merci !

Madame ou Monsieur

Parent de

Classe

Contactable au

9. Annexe 9 : Lettre à destination des parents d'accueil

Delhalle Manon
Manon.Delhalle@student.uliege.be



Chère Madame,
Cher Monsieur,

Je m'appelle Manon Delhalle et je suis étudiante en 2^{ème} année de master en psychologie à l'Université de Liège. Je vous contacte dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui vise à évaluer dans quelle mesure le niveau d'intelligence influence le vécu et les réactions que peuvent avoir les enfants à la suite de situations stressantes. Dans le cadre de cette étude, l'enfant ne doit pas nécessairement avoir vécu un traumatisme. Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous demanderons, ainsi qu'à l'enfant que vous accueillez, quels sont les événements importants/marquants de sa vie. L'événement le plus important/potentiellement stressant sera repris pour en étudier son vécu chez l'enfant. Par ailleurs, des recherches ont montré qu'il n'était pas néfaste pour les enfants de participer à ces études et que celles-ci peuvent leur permettre de partager leur vécu.

Je vous envoie donc cette lettre afin de savoir si vous accepteriez que l'enfant que vous accueillez participe à cette recherche. Cela impliquerait que vous acceptiez que je vous rencontre, avec l'enfant que vous accueillez, à votre domicile ou au lieu de votre choix. Notre rencontre se déroulera comme suit : je commencerai par vous poser quelques questions pour apprendre à mieux connaître l'enfant que vous accueillez, pour ensuite lui faire passer quelques tests. Il passera tout d'abord un test de quotient intellectuel (durée moyenne de 60 minutes) qui est composé de petites épreuves évaluant différentes composantes de l'intelligence. Il passera ensuite une échelle de résilience qui le questionne sur ses ressources individuelles, relationnelles, communautaires et culturelles (durée moyenne de 20 à 30 minutes). Enfin, une échelle d'évaluation des réactions de stress post-traumatique sera présentée à l'enfant (durée moyenne de 20 à 30 minutes) ; cette échelle le questionne sur ses réactions à la suite d'événements stressants qu'il aurait vécu.

L'enfant que vous accueillez ne sera testé que si vous avez donné votre accord. Vous n'êtes nullement obligés d'accepter et vous pouvez, si vous le souhaitez, arrêter la participation de l'enfant à tout moment, et ce sans devoir fournir d'explications. 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. Si, suite à l'entretien, votre enfant ressent le besoin de parler, vous pourrez contacter le service d'Adélaïde Blavier (psychologue clinicienne et chargée de cours à l'Université de Liège).

Si vous souhaitez plus d'informations ou me poser des questions concernant ce projet, vous pouvez me joindre à l'adresse mail suivante : Manon.Delhalle@student.uliege.be.

En vous remerciant et en vous souhaitant une bonne journée,
Delhalle Manon

10. Annexe 10 : Trouble du stress post-traumatique (DSM-5, APA, 2016, pp. 350-352)

Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles) d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques
2. En étant un témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans le cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ aux événements traumatiques. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex flashback (scènes rétrospectives)) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s), débutant après la survenue du ou des événements traumatique, comme en témoigne la présence de l'une des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques.

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou les drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagéré.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.

H. La perturbation n'est pas imputable à une affection médicale ou aux effets physiologiques d'une substance (médicament, alcool).

11. Annexe 11 : Trouble du stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins (DSM-5, APA, 2016, pp. 352-353)

A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques
2. En étant un témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques.

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître de détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/ aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives (p. ex flashback (scènes rétrospectives)) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement traumatique, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques doivent être présents et débiter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Évitement persistant de stimuli :

1. Évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
2. Évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

Altérations négatives des cognitions :

1. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (crainte, tristesse, confusion, culpabilité ou honte).
2. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités, y compris le jeu.
3. Comportement traduisant un retrait social.
4. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et/ou de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).
2. Hypervigilance.
3. Réaction de sursaut exagéré.
4. Difficultés de concentration.
5. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou une autre affection médicale.

Résumé

Objectifs :

Ce travail de fin d'études avait pour objectif d'étudier différents facteurs favorisant la résilience des enfants et influençant leurs réactions à la suite d'événements potentiellement traumatisants. De manière plus précise, nous avons décidé de nous centrer sur l'impact des capacités intellectuelles de l'enfant sur sa résilience et ses réactions post-traumatiques.

Méthodologie :

Cette étude a été réalisée en collaboration avec des écoles primaires, mouvements de jeunesse et centres de placements familiaux, où on a recruté 30 enfants tout-venant et 10 enfants placés en famille d'accueil. Nos récoltes de données se déroulaient en trois temps : une anamnèse était d'abord menée avec l'enfant et ses parents. Ensuite, un test de quotient intellectuel (WISC-V) était proposé à l'enfant (Wechsler, 2016). Enfin, lors de la dernière rencontre, l'enfant complétait deux questionnaires : le premier sur sa résilience (CYRM ; Ungar & Liebenberg, 2011) et le second sur la présence de symptômes post-traumatiques (CPTS-RI ; Frederick et al., 1992).

Résultats :

Tout d'abord, les résultats ont montré que le quotient intellectuel de l'enfant a un effet significatif sur ses scores aux questionnaires de résilience et de trouble du stress post-traumatique. Ainsi, plus les capacités intellectuelles de l'enfant sont hautes, plus il est résilient et moins il présente de symptômes post-traumatiques. De plus, nos résultats démontrent que les indices du quotient intellectuel impactent différemment la résilience et le psychotraumatisme chez l'enfant. Ensuite, nos analyses ont fait émerger un facteur inattendu : celui de la surprotection parentale. En effet, un lien significatif indique que plus la résilience familiale de l'enfant est élevée, plus il présente de symptômes post-traumatiques. Enfin, nos résultats indiquent que les enfants placés ont vécu des événements de plus forte gravité que les enfants tout-venant, mais ils ne nous permettent pas de confirmer que les enfants placés sont plus nombreux à présenter un trouble du stress post-traumatique. Alors que, chez les enfants tout-venant, nous obtenons une relation significative entre leur quotient intellectuel et leurs symptômes post-traumatiques, nous ne retrouvons pas cette association chez les enfants placés. Par ailleurs, notre étude suggère que différents facteurs, tels que le nombre de placements et les contacts avec la famille d'origine, influencent la sévérité des symptômes post-traumatiques des enfants placés.

Conclusion :

En conclusion, le quotient intellectuel de l'enfant semble être un facteur pertinent dans l'étude de la résilience et des troubles post-traumatiques chez l'enfant. De manière générale, les recherches futures devraient mettre en place des études portant sur de plus grands échantillonnages, avec un design longitudinal. De plus, il serait intéressant qu'elles étudient plus précisément les mécanismes sous-jacents du lien entre le quotient intellectuel de l'enfant, la résilience et le trouble du stress post-traumatique.