




V E I L L E

Les approches basées sur la résilience : leur impact dans les programmes de prévention et les prises en charge thérapeutiques, en particulier dans le champ des abus sexuels subis dans l'enfance et de l'exploitation sexuelle d'enfants

DOSSIER DE SYNTHÈSE DOCUMENTAIRE

Rédigé par Enza Morale
Ingénieur CNRS - Psychologue
01 juin 2007



V E I L L E

Sommaire

<i>Introduction</i>	2
1 Le concept de résilience	4
1.1 Définition et historique	4
1.2 Les différents facteurs contribuant à la capacité de résilience	5
1.2.1 Facteurs individuels	5
1.2.2 Facteurs familiaux.....	7
1.2.3 Facteurs sociologiques	7
1.2.4 Facteur biologique	9
1.3 Méthodes de mesure de la résilience	9
2 Les risques sanitaires à long terme des abus sexuels subis dans l'enfance	11
3 L'apport des approches basées sur la résilience et des pratiques fondées sur les données probantes 13	
3.1 Les approches basées sur la résilience	13
3.2 Les pratiques fondées sur les données probantes (evidence-based practice)	13
3.2.1 En médecine.....	13
3.2.2 En psychologie sociale.....	14
4 Applications et perspectives dans les programmes de prévention et les interventions thérapeutiques	16
4.1 Programmes destinés à la population générale	16
4.2 Programmes destinés aux populations à risque	16
4.3 Programmes centrés sur les symptômes internalisés	17
4.4 Le programme du BICE	17
4.5 Le programme « Al's Pals : Kids Making Healthy Choices	17
4.6 Le programme I CAN DO	18
4.7 Recherche-action en santé publique sur la valorisation de l'estime de soi	18
4.8 Le programme PATHS	19
5 Comment les professionnels peuvent-ils axer leur pratique sur la résilience ?	20
<i>Conclusion</i>	21
<i>Webographie</i>	23
<i>Références bibliographiques</i>	27

Introduction

L'intérêt porté à la santé mentale et physique de l'enfant a considérablement évolué au cours de notre histoire. Les enfants, caractérisés par un état de dépendance à la personne adulte, ont vu leur intégrité physique et psychologique peu à peu juridiquement protégée au cours de l'histoire. En trois siècles, nous sommes passés de la simple protection physique de l'enfant (XVII^e siècle, raisons économiques, de survie) à la protection psychique de celui-ci (XX^e siècle, justifications idéologiques et morales). Cette nouvelle conception de l'enfant a conduit, en 1989, à l'établissement de la première convention internationale des droits de l'enfant.

Le concept de résilience, tel qu'il est utilisé en psychologie, est né d'études développées aux Etats-Unis à partir de 1954 par la psychologue Emmy Werner. Elle observa pendant trente ans les enfants d'une île hawaïenne très défavorisée. Agés de 10 à 18 ans au début de l'étude, ces sujets montraient, à l'âge adulte, une amélioration ou une réparation de la plupart des altérations physiques, psychologiques et sociales qu'ils avaient subies dans l'enfance. Sur 200 enfants considérés comme ayant un risque élevé de troubles psychologiques, 70 (35%) avaient évolué favorablement (Werner 1989 [47]). D'autre part, environ deux tiers des sujets qui n'étaient pas résilients à l'adolescence l'étaient devenus à l'âge adulte, ce qui porte le total d'individus ayant évolué favorablement à 78%. La mise en évidence d'une aptitude à se développer de manière non pathologique, malgré des conditions de vie défavorables au départ, faisait émerger le concept de résilience. Ce concept a ensuite été précisé par Michaël Rutter dans le cadre d'études sur la variation individuelle et familiale de la résilience face à l'adversité (Rutter 1985 [39]; Rutter 1979 [38]).

Norman Garmezy, Michaël Rutter, Dante Cicchetti, entre autres, ont mis au premier plan la psychopathologie développementale dans le champ de la psychiatrie de l'enfant, en mettant l'accent sur le rôle de la socialisation - en particulier intra-familiale - dans le développement des troubles psychologiques. Ils se sont penchés sur les questions que soulevait la proportion surprenante d'enfants se développant de façon très satisfaisante (entre 20 et 40% selon les études) après avoir été confrontés dans l'enfance à des difficultés très graves. L'enjeu devenait alors de déterminer les facteurs ayant contribué à ce développement constructif malgré l'adversité, afin de pouvoir intervenir précocement dans les cas de traumatismes psychologiques infantiles graves.

Les abus sexuels et l'exploitation sexuelle font partie de ces traumatismes. Ils sont à l'origine de troubles psychologiques apparaissant à l'âge adulte, notamment une plus grande détresse psychologique et une symptomatologie dépressive et anxieuse plus importante (Greenwald, Leitenberg *et al.* 1990 [22]).

En 1997, Linskey et Fergusson mettaient en évidence des facteurs de protection contre l'apparition de troubles psychiatriques chez des sujets ayant subi des abus sexuels dans l'enfance. La qualité des relations interpersonnelles (relations familiales, relations entre pairs) était alors mise en avant (Linskey and Fergusson 1997 [33]).

Si le concept de résilience est incontestablement issu des recherches anglo-saxonnes, des études et des programmes basés sur la résilience se sont néanmoins développés dans les pays francophones et dans certains pays du Tiers-Monde.

Pour enrichir la connaissance actuelle que l'on a de la résilience, il est nécessaire de garder à l'esprit que la personne humaine, toute biologique qu'elle soit, se construit en interaction. Friedrich Lösel en Allemagne le formule clairement : « L'héritage génétique détermine des limites extrêmes du possible, mais à l'intérieur de ces limites nous avons un énorme éventail de possibilités, dont certaines seront réalisées grâce à l'interaction sociale qui nous aide à construire une vie ». Ainsi, la résilience « n'est jamais absolue, totale, acquise une fois pour toutes ». Elle est « variable selon les circonstances, la nature des traumatismes, les contextes et les étapes de la vie ; elle peut s'exprimer de façon très variable selon les différentes cultures » (Manciaux, Vanistendael *et al.* 2001 [3]).

1 LE CONCEPT DE RESILIENCE

1.1 Définition et historique

A l'origine, le terme de résilience est utilisé en métallurgie pour désigner la capacité des matériaux à résister à un choc ou à une pression continue et ensuite retrouver leur état initial.

En informatique, la résilience désigne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner correctement en dépit des défauts des éléments constitutifs.

En écologie, le terme fait référence à la capacité de récupération d'un organisme ou d'une population, ou encore à l'aptitude d'un écosystème à se remettre d'une perturbation.

En médecine et en psychologie, la résilience désigne la résistance physique, les phénomènes de guérison spontanée et l'aptitude à rétablir l'équilibre émotionnel dans des situations de stress.

Le concept est défini aux Etats-Unis à partir de 1984 par N. Garmezy comme la manifestation d'une compétence développée par des enfants malgré l'exposition à des événements stressants. En 1985, M. Rutter définissait la résilience comme le fait de faire face à un événement stressant d'une manière favorisant l'accroissement de compétences personnelles et sociales à travers une responsabilité rendue accessible par les circonstances. En 1995, Gordon parlait de la résilience comme d'une aptitude à se développer de manière satisfaisante et à développer ses compétences malgré des circonstances défavorables.

Le concept de résilience fait référence à un processus évolutif. Il ne s'agit plus, comme dans le sens premier du terme, d'un retour à un état initial. On parle d'« adjustment », de « positive adaptation », d'« adaptative functioning », de « post-traumatic growth » ou « post-traumatic recovery ». A partir d'un événement, constitué par le traumatisme ou un contexte psychosocial potentiellement pathogène, va se dérouler un processus qui se déroule dans le temps et qui est constitué par l'organisation psychique de l'événement initial.

En France, la résilience a été, plus qu'ailleurs, abordée par les pédiatres et les psychanalystes. On peut citer Serban Ionescu, professeur de psychopathologie, Michel Manciaux, professeur de pédiatrie sociale et de santé publique et Boris Cyrulnik, éthologue, neuropsychiatre et psychanalyste. Ce dernier a été le premier à vulgariser le concept en le médiatisant, notamment dans des émissions de télévision. Selon la psychanalyste Simone Korff-Sausse, le terme de « résilience » recouvre des phénomènes déjà étudiés en psychanalyse par S. Freud, S. Ferenczi et W.R. Bion, mais désignés d'une autre manière. On parlait alors de mécanisme de défense et d'« élaboration psychique » du trauma (Korff-Sausse 2002 [30]). Pour la psychanalyse aussi, la résilience est un « *processus* dynamique intrapsychique incluant la capacité à maintenir les liens entre le dedans et le dehors » (Houssier 2002 [24]).

En Amérique Latine (Argentine, Brésil, Chili) se développe aujourd'hui une réflexion spécifique sur la notion de résilience communautaire. De même que l'individu est capable d'une certaine résilience face aux aléas et à l'adversité, la communauté en est également capable. On a vu des groupes sociaux opérer des changements rapides pour s'adapter à une crise. Si le modèle occidental est très individualiste, la gestion communautaire des crises existe dans les sociétés collectivistes, là où l'appartenance à un groupe est culturellement valorisée.

Une revue critique de la littérature nationale et internationale sur la résilience, réalisée par des auteurs brésiliens, montre qu'il n'existe pas de consensus en ce qui concerne sa définition (Junqueira and Deslandes 2003 [27]). D'autre part, la littérature montre des variations substantielles sur l'opérationnalisation et la mesure des concepts-clés concernant la résilience (Luthar, Cicchetti *et al.* 2000 [31]). Il existe par exemple une différence dans la conceptualisation de la résilience comme un trait de personnalité ou comme un processus dynamique. L'expression « résilience du moi » (ego resiliency) fait référence à une caractéristique de la personnalité de l'individu et n'implique pas nécessairement une exposition à des événements existentiels traumatiques. Au contraire, le terme « résilience » fait référence à un processus développemental dynamique et au maintien d'une adaptation positive face à des conditions de vie adverses.

1.2 Les différents facteurs contribuant à la capacité de résilience

1.2.1 Facteurs individuels

1.2.1.1 Facteurs de personnalité

La revue de la littérature montre que les traits de personnalité comme l'auto-organisation, l'estime de soi, l'efficacité personnelle et la robustesse sont élevés chez les sujets résilients et que leurs comportements résultent d'un lieu de contrôle interne.

- L'**auto-organisation** est la capacité d'un individu à utiliser ses tendances personnelles à rebondir lorsqu'il est confronté, de manière soudaine ou chronique, à des expériences stressantes ou traumatisantes (Cicchetti and Rogosch 1997 [10]).
- L'**estime de soi** est un état émotionnel résultant d'une auto-perception construite à partir de la reconnaissance par autrui de ses compétences personnelles.
- L'**efficacité personnelle** ou auto-efficacité est la croyance (vraie ou fausse) d'un individu qu'il est capable d'atteindre un objectif donné.
- Le **contrôle externe-interne** ou lieu de contrôle (locus of control) : le comportement des individus varie s'ils attribuent la cause de leurs réussites et de leurs échecs à eux-mêmes (contrôle interne) ou à une cause extérieure, comme le hasard, la chance, ou une autre personne (contrôle externe).
- L'**endurance psychologique** ou robustesse (hardiness) : ce concept permet de différencier les individus en fonction de leur capacité à résister aux effets négatifs du stress. J. Kaddour a étudié la validité des échelles utilisées pour mesurer l'endurance psychologique (Kaddour 2004 [28]).
- Le **recours aux émotions positives** : avoir le sens de l'humour est désigné dans de nombreuses études comme favorisant la résilience.
- Le modèle de personnalité en cinq facteurs (Big Five personality factors) est un modèle descriptif définissant cinq dimensions de la personnalité. Le névrotisme est la tendance à ressentir facilement des émotions négatives comme la colère, l'anxiété, la dépression ou la vulnérabilité. L'extraversion

est la tendance à rechercher des stimulations et la compagnie des autres. L'attitude consciencieuse (conscientiousness) est la tendance à faire preuve d'auto-discipline, à agir en respectant les règles et à préférer un comportement planifié plutôt que la spontanéité. L'ouverture aux expériences (openness to experience) est l'attraction pour l'art, l'émotion, l'aventure, les idées originales, l'imagination et la curiosité. L'amabilité (agreeableness) est la tendance à privilégier la compassion et la coopération, plutôt que la suspicion et l'antagonisme, dans les relations avec les autres.

Une étude de corrélation entre la résilience et ce modèle montre que :

- le **névrotisme** est corrélé négativement avec la résilience,
- l'**extraversion** et l'**attitude consciencieuse** ont une forte corrélation positive avec la résilience,
- l'**ouverture aux expériences** a une corrélation positive - légère mais néanmoins significative statistiquement – avec la résilience,
- l'**amabilité** a une corrélation non significative avec la résilience (Campbell-Sills, Cohan *et al.* 2006 [7]).

1.2.1.2 Facteurs cognitifs

- Les **stratégies de coping** (stratégies pour faire face au stress) :

De nombreuses études ont montré que les enfants résilients mettaient en œuvre des stratégies actives de coping :

- la **recherche d'un soutien émotionnel** et l'**ouverture** (disclosure) à un tiers (adulte ou un membre de la fratrie) sont des stratégies actives qui peuvent avoir un effet protecteur en fonction de la qualité du soutien et de l'écoute,
- la **restructuration cognitive** (cognitive restructuring, ou cognitive reframing) est une stratégie qui entraîne un changement dans la compréhension de l'événement traumatique et de ses implications. Il s'agit de gérer progressivement les souvenirs de l'événement traumatique et les affects douloureux qui y sont associés pour accéder à une prise de conscience des significations problématiques qui ont été assignées dans le passé à l'événement traumatique (Spaccarelli 1994 [41]),

Par ailleurs, on a observé chez les enfants non résilients la mise en place d'une stratégie passive de coping :

- l'**évitement** (avoidant coping) : c'est un effort conscient de déni de ce qui est arrivé réellement. La recherche empirique de Johnson et Kenkel (1991) a montré que cette stratégie faisait augmenter le risque de symptômes psychologiques chez des adolescents et des adultes ayant été abusés sexuellement dans l'enfance. Selon Tremblay *et al.*, les enfants qui utilisent des stratégies d'évitement présentent plus de comportements agressifs et de comportements délinquants (Tremblay, Hebert *et al.* 1999 [44]).

- L'**aptitude cognitive** : les enfants résilients font souvent preuve d'une plus grande capacité de compréhension et d'analyse des situations, et d'une plus grande capacité d'attention et de concentration.

- L'**optimisme de trait** : c'est un ensemble stable et généralisé d'attentes des choses positives qui nous arriveront dans différents domaines de la vie et à différents moments de notre existence. Tusaie et Patterson ont montré qu'il s'agit d'un facteur important de résilience et qu'il est l'un des facteurs cognitifs les plus importants pour modérer l'effet du stress. Cependant, il existe d'autres formes d'optimisme : l'**optimisme situationnel** correspond aux attentes de choses positives dans des

situations spécifiques ; l'*optimisme comparatif* correspond, quant à lui, à comparer la prédiction qu'un événement arrivera à soi-même par rapport aux autres. Ils ont montré aussi que les garçons ont tendance à être plus optimistes que les filles (Tusaie and Patterson 2006 [45]). Un programme basé sur les preuves, élaboré dans le but d'améliorer la résilience, devrait mesurer les différents aspects de l'optimisme et mettre en place des stratégies spécifiques à chaque sexe.

1.2.2 Facteurs familiaux

La famille est le premier groupe social auquel appartient l'enfant. L'attachement affectif et la cohésion familiale entrent en jeu dans le développement de la résilience.

Une sécurité affective apportée par des parents exerçant leur rôle parental de manière efficace dans les premières années de la vie (0 à 6 ans) contribue à développer une bonne résistance au stress.

Un climat éducatif émotionnellement positif, un soutien émotionnel et social apporté par l'un des deux parents, ou par un membre de la fratrie, sont des facteurs importants de la résilience chez l'enfant devant faire face à des conditions de vie adverses.

Une méta-analyse a mis en évidence une association positive entre des facteurs de protection tels que les comportements parentaux et le développement de la résilience chez des adolescents de différentes origines ethniques. Dans cette étude, les caractéristiques de l'adolescent résilient sont l'absence de symptômes psychiatriques, la compétence sociale, l'adaptation comportementale et une bonne performance scolaire (Cuarati-Burgio 2001 [12]).

L'observation de 310 garçons entre 1,5 an et 12 ans a montré que la qualité de la relation parents-enfant, ainsi que la qualité de la relation conjugale qui crée un climat affectif chaleureux au sein de la famille, sont des facteurs importants du développement de la résilience chez des enfants grandissant dans un quartier à risque (milieu urbain économiquement défavorisé) (Vanderbilt-Adriance and Shaw 2006 [46]).

Dans un échantillon d'adolescents ayant un antécédent de maltraitance (dont 13% un abus sexuel), un modèle d'équation structurale met en évidence l'importance du lien entre l'adolescent et l'un de ses parents dans la construction de la résilience pour faire face à la source de stress constante que constitue la maltraitance (Rajendran and Videka 2006 [37]).

La famille constitue donc un facteur de protection non négligeable contre des conditions de vie adverses. Elle doit être ciblée lors de l'élaboration de programmes de prévention et d'action visant à l'amélioration de la résilience chez des enfants abusés.

1.2.3 Facteurs sociologiques

1.2.3.1 Identité sociale

- **Appartenance à des micro-systèmes sociaux** : la famille, le quartier, la communauté sont des groupes d'appartenance où l'enfant peut trouver un soutien qui lui permet de développer une résilience face à l'adversité. Hors de la famille, les adultes qui apportent un soutien à l'enfant peuvent contrebalancer les effets négatifs d'une vie de famille perturbée et pathogène. L'appartenance à un groupe social, le sentiment d'être solidaires les uns des autres, le rattachement aux règles morales d'un groupe, sont des éléments qui favorisent la résilience chez des jeunes exposés à des conditions difficiles. Les mécanismes de ce soutien

collectif a été observé par J.K. Felsman en 1989 chez des enfants de 7 à 12 ans vivant dans la rue en Colombie (Tousignant 1999 [43]).

- **Appartenance à des macro-systèmes sociaux** : l'environnement culturel et le système socio-politique constituent également des groupes d'appartenance qui influencent, par leurs valeurs et leurs attitudes, ce que peut être la résilience. Par exemple, les valeurs culturelles occidentales de la résilience seraient l'autonomie, la capacité à affronter l'adversité et à résoudre ses problèmes sans le soutien des autres. Les cultures asiatiques privilégieraient plutôt la capacité de l'individu à vivre en harmonie avec la collectivité.

1.2.3.2 Influence sociale, relations avec les pairs

L'adolescence est une période où les relations avec les pairs prennent une nouvelle signification. L'identification au groupe d'appartenance conduit à un soutien émotionnel plus important si l'identification est forte, et à un statut plus marginal si l'identification est basse. Des relations positives avec les pairs sont un facteur significatif de développement sain à l'adolescence et favorisent la résilience.

Mais si les effets positifs de l'identification au groupe de pairs ont été mis en évidence dans de nombreuses études, il existe aussi des effets négatifs dans certains contextes d'identification. C'est le cas par exemple lorsqu'il y a identification avec un groupe délinquant. D'autre part, être rejeté par ses pairs ou avoir des difficultés à maintenir des relations amicales sont des situations souvent liées à l'apparition de troubles psychologiques au cours du développement (Jackson, Born *et al.* 1997 [25]).

1.2.3.3 Facteurs sociodémographiques

- **L'âge** : plus l'enfant est jeune au moment de l'abus, plus le risque de développer des troubles psychologiques serait élevé (Lynskey and Fergusson 1997 [33]).
- **Le sexe** : les filles sont plus résilientes que les garçons à l'âge de l'adolescence et de l'adulte jeune (Dumont, Widom *et al.* 2007 [15]). Les filles utilisent, plus souvent que les garçons, les facteurs de résilience liés à la recherche de soutien social (Somchit and Sriyaporn 2004 [40]).
- **Le statut socio-économique** : la pauvreté est une condition qui augmente le risque de vivre des événements stressants, de connaître plus tôt une détresse psychologique et qui réduit les ressources disponibles pour faire face à l'adversité. La littérature suggère que l'enfant abusé qui grandit dans un quartier économiquement favorisé a plus de chance d'apparaître résilient qu'un enfant ayant grandi dans un quartier défavorisé (Dumont, Widom *et al.* 2007 [15]).

1.2.3.4 Spiritualité et croyance religieuse

Une participation active aux pratiques d'une communauté religieuse, une adhésion à une croyance religieuse associée à la recherche du soutien de Dieu pour se débarrasser d'une émotion négative, sont des attitudes corrélées à une diminution de l'humeur dépressive chez des adultes ayant subi un abus sexuel dans l'enfance (Gall 2006 [19]).

Une étude réalisée en Colombie auprès de femmes victimes de violences conjugales met en évidence l'importance de la spiritualité dans le développement de la résilience chez des sujets vivant dans un contexte à haut niveau de détresse et de violence. Dans cette étude la spiritualité est mesurée à l'aide de l'*Escala de Perspectiva Espirituale* de Pamela G. Reed (1986) et fait référence

à une connaissance de soi-même, à un sentiment de connexion avec un être de nature supérieure ou à l'existence d'un but suprême (Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz *et al.* 2005 [26]).

1.2.4 Facteur biologique

La **plasticité cérébrale** : les processus fondamentaux à la base de la plasticité neuronale trouvent leur origine dans deux mécanismes affectant les effets modulateurs des neurotransmetteurs : la phosphorylation des protéines et la régulation de l'expression génique. Le premier de ces deux mécanismes régule les récepteurs des neurotransmetteurs pré- et post-synaptiques, et joue également un rôle central dans la croissance et la différenciation des cellules. Le second mécanisme par lequel les neurotransmetteurs induisent des changements à long terme dans la fonction des neurones-cibles en régulant leur expression génique permet d'adapter au mieux leur état fonctionnel pour répondre aux nombreuses entrées (input) synaptiques (Cicchetti and Blender 2006 [9]).

Les recherches actuelles en neurosciences et en génétique moléculaire ouvrent de nouvelles perspectives pour la compréhension de l'interaction génotype/environnement dans l'adaptation résiliente ou pathologique. Ainsi, une étude a mis en évidence qu'un polymorphisme fonctionnel au niveau du promoteur du gène transporteur de la sérotonine (5HHT) modère l'influence des événements stressants sur les états dépressifs (Caspi, Sugden *et al.* 2003 [8]). Il apparaît donc nécessaire aujourd'hui de se pencher sur les interrelations entre les processus psychologiques et les processus biologiques dans les recherches sur la résilience et la psychopathologie.

Selon Cicchetti et Blender, il devient indispensable à l'heure actuelle d'intégrer un cadre neurobiologique dans la conception de programmes d'intervention et de prévention. Si l'on considère que l'expérience modifie le système nerveux, la recherche doit offrir l'opportunité de conduire des expérimentations où l'expérience et l'environnement sont modifiés de manière à promouvoir un fonctionnement résilient chez des sujets exposés à des conditions traumatiques (Cicchetti and Blender 2006 [9]).

1.3 Méthodes de mesure de la résilience

Définir la résilience de manière opérationnelle afin de pouvoir l'évaluer soulève des difficultés méthodologiques (Kinard 1998 [29]). Il n'existe pas réellement de consensus dans la littérature sur une définition de la résilience permettant de mettre à l'épreuve pratique les concepts théoriques, certains auteurs distinguant les facteurs qui définissent la résilience des facteurs liés à la résilience.

La résilience est évaluée à travers la variabilité apparaissant dans différents domaines : l'absence de symptômes psychiatriques (en particulier état dépressif et troubles anxieux) et de troubles du comportement, l'état de santé physique, la compétence parentale perçue et la satisfaction conjugale.

Différents tests psychométriques sont utilisés pour mesurer cette variabilité :

- le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI ; World Health Organization, 1993), évalue les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les abus de substance,
- le *Self-Report Delinquency Instrument* (SRDI ; Elliott & Huizinga, 1989) évalue les troubles des conduites,
- le *Trauma Symptom Checklist* (TSC-33 ; Briere & Runtz, 1989) évalue les symptômes posttraumatiques de l'abus sexuel,

- le *Parental Bonding Instrument* (PBI ; Parker, Tupling & Brown, 1979) et le *Parental Attachment Scale* (PAS ; Armsden & Greenberg, 1987), évaluent la qualité des relations parents-enfant (Lynskey and Fergusson 1997 [33]),
- le *Parenting Stress Index* (PSI ; Abidin, 1995) évalue la personnalité du parent, son attachement à l'enfant, les facteurs qui influencent le comportement parental, la perception du rôle parental et les qualités de l'enfant qui interfèrent dans la mise en œuvre de ce rôle parental,
- le *Coping Strategy Indicator* (CSI ; Amirkhan, 1990) évalue trois stratégies de coping : la résolution de problèmes, la recherche de soutien social et l'évitement,
- le *Dyadic Adjustment Scale* (DAS ; Spanier, 1976) évalue la qualité de la relation conjugale,
- le *Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale* (CES-D ; Radloff, 1977) évalue la symptomatologie dépressive (Wright, Fopma-Loy *et al.* 2005 [49]),
- le *Teacher Report Form of the Child Behavior Checklist* (TRF ; Achenbach, 1991) est un questionnaire qui s'adresse aux enseignants pour évaluer les troubles du comportement des enfants (Flores, Cicchetti *et al.* 2005 [17]),
- le *Children Depression Inventory* (CDI ; Kovacs, 1982) est un questionnaire auto-administré qui évalue la symptomatologie dépressive chez les enfants d'âge scolaire,
- le *Self-Esteem Inventory* (SEI ; Coopersmith, 1981) est un questionnaire par lequel les enfants rapportent leur perception générale du soi (Cicchetti and Rogosch 1997 [10]),
- le *Questionnaire d'Evaluation Familiale* (QEF ; Terrisse, 2002) évalue les compétences résilientes familiales (en regard des facteurs de risque) afin de les utiliser dans le cadre de l'accompagnement des familles,
- le *Sexual Victimization Questionnaire* (SVQ ; Finkelhor, 1979) évalue les caractéristiques des expériences de l'abus sexuel à travers différents âges. Les expériences évaluées incluent les formes d'abus avec contact (caresses, pénétration vaginale, pénétration anale) et sans contact (invitation à des actions ayant un rapport avec le sexe, ou exhibition),
- le *Multidimensional Trauma Recovery and Resilience* (MTRR) est une mesure multidimensionnelle de la guérison d'un traumatisme et de la résilience. Une étude en propose une adaptation en espagnol pour un échantillon chilien (Haz, Castillo *et al.* 2003 [23]),
- le *Self-Report Coping Scale* (SRCS ; Causez & Dubow, 1992) évalue les stratégies d'adaptation,
- le *Perceived Competence Scale for Children* (PCSC ; Harter, 1985) est un questionnaire qui mesure l'auto-perception dans six domaines : aptitude scolaire, acceptation par les pairs, aptitude sportive, apparence physique, comportement/conduite et valeur personnelle,
- le *Traumatic Sexualization Survey* (TSS ; Matorin & Lynn, 1998) évalue les facteurs cognitifs et comportementaux associés aux antécédents d'abus sexuels dans l'enfance (Matorin and Lynn 1998 [35]).

2 LES RISQUES SANITAIRES A LONG TERME DES ABUS SEXUELS SUBIS DANS L'ENFANCE

Des enfants maltraités, comparés pendant trois ans à des enfants non maltraités, présentent plus de symptômes psychopathologiques, moins de comportements prosociaux et plus de difficultés d'adaptation scolaire (Cicchetti and Rogosch 1997 [10]).

Le modèle de la dynamique traumatogène (traumatogenic dynamics model) de Finkelhor (1988) montre que l'abus sexuel inclut quatre types d'expériences :

- 1. une sexualisation traumatique ou l'exposition à des comportements sexuels inappropriés,
- 2. un sentiment d'impuissance à empêcher l'abus,
- 3. la stigmatisation ou les connotations négatives perçues par l'enfant,
- 4. la prise de conscience qu'une personne en qui l'enfant avait confiance a failli à son rôle protecteur.

Chacune de ces expériences est liée à des effets psychologiques et des manifestations comportementales particuliers :

- 1. la sexualisation traumatique peut engendrer une confusion des normes et de l'identité sexuelles ; elle peut aussi être à l'origine d'une sexualité précoce, d'une sexualité compulsive, ou de dysfonctions sexuelles (aversion sexuelle notamment),
- 2. le sentiment d'impuissance peut être à l'origine de troubles anxieux, d'une identification à l'agresseur, ainsi que de différents symptômes psychiatriques (troubles somatoformes, état dépressif, dissociation),
- 3. la stigmatisation est source de culpabilité et de honte ainsi que d'une baisse de l'estime de soi ; elle peut conduire à un isolement social, à un abus de substances, à des troubles de la conduite et à des comportements suicidaires,
- 4. la conviction d'avoir été trahi est à l'origine d'un sentiment de colère, d'un manque de confiance envers les autres, d'une vulnérabilité à d'autres abus et de troubles de la conduite (Spaccarelli 1994 [41]).

Dans le champ de la psychanalyse, Sendor Ferenczi a développé un schéma-type des phénomènes de séduction et d'abus incestueux : le jeu de l'enfant et de l'adulte peut prendre une forme érotique, mais qui reste toujours chez l'enfant au niveau de la tendresse. Il n'en va pas de même chez certains adultes, qui confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne mature. Les premiers mouvements de résistance de l'enfant, sont inhibés par une peur intense et un sentiment d'absolue impuissance. Cette peur, lorsqu'elle atteint son point culminant, oblige l'enfant à se soumettre à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à s'oublier totalement en s'identifiant à l'agresseur. En même temps, l'enfant introjecte le sentiment de culpabilité de l'adulte. Clivé, à la fois innocent et coupable, sa confiance dans le témoignage de ses propres sens est brisée. La personnalité, encore faiblement développée, réagit à l'agression, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui menace ou agresse (Ferenczi 1982 [1]).

En ce qui concerne les effets à long terme recensés dans la littérature sur les abus sexuels subis dans l'enfance (Greenwald, Leitenberg *et al.* 1990 [22]) (Beitchman, Zucker *et al.* 1992 [6]), on relève les pathologies psychiatriques suivantes chez des sujets adultes :

- les troubles de l'humeur, en particulier l'état dépressif,
- les troubles anxieux : troubles obsessionnels et compulsifs, phobies, état de stress posttraumatique,

-
- les abus de substances : toxicomanie et alcoolisme,
 - les tentatives de suicide,
 - la délinquance,
 - les troubles somatoformes,
 - une nouvelle victimisation,
 - les dysfonctions sexuelles : absence de désir sexuel, aversion sexuelle, douleur, insatisfaction,
 - les comportements sexuels à risque qui rendent la personne plus vulnérable par rapport aux maladies sexuellement transmissibles. Des études ont mis en évidence un lien entre un abus sexuel dans l'enfance et un risque élevé de contamination par le VIH à l'âge adulte. Entre 15% et 76% des hommes et des femmes séropositifs ont été abusés sexuellement dans l'enfance (Tarakeshwar, Hansen *et al.* 2006 [42]),
 - les paraphilies. Avoir été abusé sexuellement dans l'enfance est souvent rapporté dans la littérature comme constituant un facteur de risque de la pédophilie (Fagan, Wise *et al.* 2002 [16]).

3 L'APPORT DES APPROCHES BASEES SUR LA RESILIENCE ET DES PRATIQUES FONDEES SUR LES DONNEES PROBANTES

3.1 Les approches basées sur la résilience

En 1987, le psychiatre américain Elwin James Anthony parlait d'« enfant invulnérable » pour désigner l'enfant se développant normalement dans un environnement pathogène (alcoolisme des parents, maltraitance...). Les études prospectives, telles que celle d'Emmy Werner ont conduit les chercheurs à s'interroger sur les processus en jeu dans cette « invulnérabilité », et c'est ainsi que le concept de résilience est né.

Werner a signalé que tous les sujets résilients qu'elle avait observés ont rapporté avoir connu au cours de leur vie un adulte ayant eu une influence déterminante par le fait même d'avoir été reconnu par ces sujets comme un adulte bienveillant et soutenant.

Postuler la résilience comme concept, au lieu de l'« invulnérabilité », c'est mettre en avant le fait que l'individu peut surmonter le traumatisme et en sortir plus fort. En conceptualisant la résilience comme un processus, on introduit l'idée que l'on peut intervenir dans le développement de l'individu pour l'améliorer ou le favoriser.

Le concept de résilience se focalise sur la variation individuelle dans les réponses données à des expériences traumatiques comparables et les processus de causalité mis en jeu (Fossion and Linkowski 2007 [18]). Elle aborde l'individu en s'intéressant à ses aptitudes et non à ses failles. « Elle permet de se dégager d'une vision trop linéaire et pessimiste du trauma qui, tel un destin inéluctable, entraînerait forcément des dégâts incontestables » (Korff-Sausse 2002 [30]).

Elle permet également de relativiser les modèles déterministes selon lesquels les expériences vécues dans la petite enfance conditionnent toute l'existence et les modèles biologiques pour lesquels l'individu est défini par ses gènes.

Le développement des connaissances sur la résilience amène les professionnels des services sanitaires et des services sociaux à changer le regard qu'ils portent sur l'enfant-victime. Il ne s'agit plus de signaler ce qui ne va pas, mais il faut à présent rechercher systématiquement les aspects positifs, mettre en avant les capacités de l'enfant, le valoriser pour renforcer son estime de soi. Il importe également de rechercher les aspects positifs des groupes auxquels l'enfant appartient (famille, communauté) (Manciaux 2001 [34]).

3.2 Les pratiques fondées sur les données probantes (evidence-based practice)

3.2.1 En médecine

En médecine, à l'origine des pratiques basées sur des preuves (evidence-based medicine (EBM)), on relève trois dimensions :

- « l'expertise » clinique,
- l'application des pratiques « les plus prouvées » scientifiquement,
- les données issues des « souhaits, acceptation et préférences » du malade.

On s'intéresse en outre de plus en plus à l'expérience personnelle du praticien et à son influence sur la prise de décision clinique, comme si, en définitive, une vision trop théorique de l'EBM déshumanisait les pratiques. Ainsi, ce concept (comme celui de la résilience) évolue, en fonction des recherches à son sujet. Il se nourrit également des analyses critiques de ses procédures et de ses applications.

Cependant, la recherche de preuves pour des interventions et des résultats ne doit pas faire oublier l'importance des processus d'évaluation. Les essais cliniques randomisés double insu sont la référence pour examiner l'efficacité des interventions. Les études descriptives en médecine, qui portent sur les bases du diagnostic et du pronostic sont mises à l'écart alors qu'elles ont un rôle essentiel.

Il faut bien sûr intervenir de manière efficace, mais il faut aussi trouver des moyens qui permettent de développer l'information aidant le praticien à comprendre l'autre, à repérer les interactions entre les sujets et leur environnement (au sens social).

D'autre part, il est important de faire remarquer que la parole des sujets n'est pas assez prise en compte quand on s'intéresse aux pratiques « evidence-based ».

On peut conclure en disant qu'aucune méthodologie de recherche ne peut se voir attribuer un caractère prépondérant par rapport aux autres. Tout dépend de ce qu'on espère apprendre par les études effectuées.

3.2.2 En psychologie sociale

La perspective des pratiques fondées sur les données probantes se pose de plus en plus comme condition de travail dans le cadre du travail social. Cependant, dans ce cadre, le débat est jeune et demande à se pencher sur les fondements épistémologiques de la discipline. Il ne s'agit encore que d'une perspective se constituant en condition émergente de la pratique (Couturier and Carrier 2003 [11]).

Jane Gilgun invite à penser la centralité de l'évaluation pour la pratique en matière d'études en psychologie sociale. Il s'agit pour elle de l'évaluation selon la théorie RSGB (Resilience-Schema-Gender Brain) (Gilgun 2005 [20]). Cette recherche peut s'appliquer à la pratique avec des enfants et des adolescents qui ont été confrontés à des conditions de vie adverses et qui s'adaptent mal.

Jane Gilgun, en tant que praticienne, nous fournit sa définition de ce qu'est la preuve (evidence). Il existe un continuum de la preuve dans l'information qui apparaît à diverses phases du processus de la pratique. Cela inclut la recherche et la théorie, l'expérience, le public visé, et les réponses des sujets aux interventions. La preuve est alors l'interactivité ; mettre à jour en continu les évaluations et les plans d'action pendant que les preuves se dévoilent serait idéal. On peut dire aussi que la pratique est un processus. Les professionnels s'engagent dans la dialectique de la conjecture ; le plan d'action initial est ensuite réfuté si une nouvelle information émerge, plus probante, et/ou si les comportements ou les préférences des sujets contredisent le plan, etc.

Les recherches descriptives, telles que les enquêtes, les études de cas non-expérimentales, les narrations, et les études ethnographiques sont des observations des phénomènes naturels. Elles peuvent sensibiliser les praticiens aux besoins et aux souffrances des sujets.

Quand on prend en considération les quatre champs de recherche suivants : théorie de la résilience, théorie du schéma, étude de genre, et fonctionnement de cerveau, on découvre les liens qui peuvent les unir, la réciprocité qui peut s'observer, et l'interactivité qui est constante.

Par exemple, des considérations sur l'appartenance ethnique, la culture, et les valeurs peuvent être reliées à la catégorie « résilience ». Les différents écosystèmes dans lesquels les individus vivent leur existence ont leur importance. Ainsi, la connaissance des quatre secteurs de l'évaluation par la théorie RSGB peut aider à leur compréhension. La pratique sera plus individualisée et plus sensible.

Nous avons pour tâche de rassembler le meilleur de ce que nous savons, de scruter comment les théories fonctionnent dans la pratique, en restant prêts à remettre en question les concepts et les idées, au fur et à mesure que la preuve se révèle.

Les essais cliniques randomisés font bien sûr partie du mécanisme de la recherche, c'est l'hypothèse et sa réfutation.

Il y a plus de 70 ans, Edith Abbott avait averti des praticiens, qui, selon elle, était en danger de devenir « des machines sans tête », à moins de nourrir constamment la pratique d'une connaissance approfondie des personnes et des systèmes de liens sociaux.

4 APPLICATIONS ET PERSPECTIVES DANS LES PROGRAMMES DE PREVENTION ET LES INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

Les violences sexuelles font l'objet de campagnes de sensibilisation et de prévention depuis les années 1990. Mais le défi du XXI^e siècle, c'est d'intervenir de façon efficace, en continu, sur le long terme.

La recherche sur la résilience doit développer les approches intégrant différents niveaux (biologique, psychologique, environnemental) pour mettre en place des programmes de prévention et des interventions thérapeutiques (Cicchetti and Blender 2006 [9]).

Les buts de ces programmes devraient être de permettre à un enfant, parfois un enfant victime, de s'approprier son histoire individuelle et, d'une certaine façon, de la confronter aux pratiques de prévention, de soutien, de réadaptation. Agir sur les niveaux d'influence autour d'un enfant est en fait déterminant pour son développement :

- microsystème des relations familiales, scolaires et de voisinage,
- mésosystème représentant ces interactions entre ces microsystèmes,
- exosystème de ce qu'offre la société comme protection sociale, modèle familial et instruction,
- macrosystème qui se réfère aux relations sociales spécifiques à une culture...

4.1 Programmes destinés à la population générale

L'impact des programmes destinés à tous les enfants sans distinction est indéniable par le fait qu'ils ne créent pas de stigmatisation : aucun sujet n'est désigné comme présentant des troubles psychologiques en comparaison avec ses pairs.

Ces programmes peuvent être développés en milieu scolaire. Ils peuvent prévenir la violence, développer des compétences sociales, émotionnelles et cognitives chez les enfants, agir sur l'environnement, en particulier scolaire pour rendre l'adaptation scolaire plus riche, et ils peuvent parfois agir sur différents facteurs (famille, école, société).

4.2 Programmes destinés aux populations à risque

Les actions centrées sur les populations à risque se focalisent sur les comportements perturbateurs observables. Dans ce cas, le modèle développemental que les chercheurs ont à l'esprit est qu'il existe un cercle vicieux de renforcement des troubles chez les enfants ayant de moindres compétences sociales. Les bases neurobiologiques de certains troubles restent à étudier. Dans ce cas, des enfants qui souffrent déjà de certains symptômes (stade pré-clinique) pourraient bénéficier de programmes :

- centrés sur eux (leur permettant de gérer les conflits, de diminuer l'agressivité, de nouer des relations sociales)
- centrés sur l'adulte tuteur (programme Big Brother, Big Sister)
- non centrés sur une cible (prenant en compte l'aide à la parentalité, les enfants).

4.3 Programmes centrés sur les symptômes internalisés

Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, symptômes dits « internalisés » n'ont pas de bases théoriques pathogéniques sûres pour justifier des interventions. Leur lien (co-morbidité) avec les symptômes externalisés est fréquemment décrit. Peu connues, non catégorisées, ces « bases » demandent des recherches plus poussées. Des événements prédisposants (génétiques, familiaux) sont bien sûr décrits. La preuve scientifique, c'est que les événements stressants et tragiques comme les abus sexuels amènent plus souvent un enfant victime tout d'abord à la dépression, puis aux troubles anxieux, ensuite aux abus de substances et aux tentatives de suicide, et enfin aux troubles des conduites (Manciaux, Vanistendael *et al.* 2003 [5]).

Il est d'autre part prouvé que deux facteurs protecteurs modifient éventuellement les troubles de l'humeur, le support social et l'apprentissage de stratégies d'adaptation.

Il existe spécifiquement des programmes de prévention :

- des troubles de l'humeur (Coping with Stress Program, Penn Prevention program),
- de l'anxiété (seul le Queensland early intervention and Prevention of Anxiety Project, avec une exposition progressive au risque, est considéré comme intéressant),
- du suicide (C-Care, CAST),
- du stress (CODIP pour les enfants de divorcés).

A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature de programme de prévention basé sur la résilience destiné spécifiquement à des enfants ayant été abusés sexuellement. Par contre, d'autres programmes sur des populations différentes existent et peuvent servir de base à l'élaboration de futurs programmes destinés aux enfants victimes d'abus sexuels ou d'exploitation sexuelle.

4.4 Le programme du BICE

En Amérique Latine (Brésil, Colombie, Chili, Guatemala, Pérou) le BICE (Bureau International Catholique de l'Enfance) a développé un programme d'accompagnement d'enfants et adolescents vivant des situations particulièrement difficiles et présentant un risque élevé de développer des troubles psychopathologiques, ainsi que du comportement. Le projet a intégré une étude du concept de résilience afin de construire un modèle d'intervention basé sur ce concept. Des facteurs ont été mis en évidence comme pouvant renforcer la résilience et son applicabilité dans les programmes sociaux :

- une révision du pouvoir des adultes exercé sur les générations plus jeunes afin de promouvoir le rôle des enfants et des adolescents dans la communauté,
- le rôle fondamental joué par les éducateurs en charge de créer un lien avec l'enfant où l'empathie est prépondérante,
- un travail d'équipe où des stratégies sont élaborées pour identifier les capacités disponibles et développer des approches positives où la résilience apparaît comme une ressource centrale,
- l'intégration du concept de résilience aux réalités singulières de chaque pays dans le but de surmonter les problèmes de communication entre les différentes générations et faciliter les potentialités de chacun dans la vie quotidienne (Rodriguez-Pena and Maria-Aguilar 2001 [4]).

4.5 Le programme « Al's Pals : Kids Making Healthy Choices

Un programme de prévention basé sur la résilience a été mis en place aux Etats-Unis entre 1993 et 1997. Il a été appliqué dans des écoles maternelles, des centres d'accueil d'enfants en bas âge (child

care center), des premières classes d'école primaire et des programmes d'activités extra-scolaires. Il s'adressait à des enfants vivant dans des conditions socio-économiques défavorisées et exposés quotidiennement à la violence et aux abus de substances. L'intervention a porté sur plusieurs points :

- la formation des enseignants ayant en charge ces enfants,
- la construction d'un programme scolaire spécifique construit sur une année et apportant aux enseignants des informations claires sur la manière de conduire les cours,
- un ensemble d'instructions données aux parents pour poursuivre à la maison les apprentissages commencés à l'école.

Une étude d'évaluation de l'efficacité de ce programme montre que les aptitudes des enfants liées au développement de la résilience sont améliorées (coping positif, comportements prosociaux, interactions de coopération) et que les comportements agressifs et antisociaux disparaissent (Lynch, Geller *et al.* 2004 [32]).

4.6 Le programme I CAN DO

Une équipe de chercheurs et d'éducateurs a élaboré un programme de prévention en milieu scolaire, destiné aux jeunes enfants et devant favoriser l'acquisition de stratégies d'adaptation positive ainsi que le développement du sentiment d'auto-efficacité.

L'apprentissage par résolution de problèmes est la base de ce programme destiné aux enfants. Il comporte treize sessions de 45 minutes. L'enfant apprend des stratégies d'adaptation généralistes, qui sont ensuite mises en pratique dans des situations difficiles.

Ce programme ayant été évalué pendant une longue période a montré des résultats encourageants et positifs pour aider les enfants confrontés aux situations stressantes. Un contrôle à cinq mois a montré que l'amélioration à trouver des solutions aux situations stressantes persistait.

Seule une auto-évaluation a été menée, ce qui constitue une importante limitation. Il reste à prévoir d'autres évaluations, par les parents et les enseignants pour tester l'évolution de la capacité des enfants à la résolution de problèmes (Manciaux, Vanistendael *et al.* 2003 [5]).

4.7 Recherche-action en santé publique sur la valorisation de l'estime de soi

Un travail de prévention, sous forme de recherche-action¹, a montré qu'il était possible de travailler sur l'estime de soi et les compétences sociales dès l'âge de 5 ans.

Une équipe multidisciplinaire est intervenue durant trois années en milieu scolaire en France dans le cadre d'une expérience de prévention des conduites à risques. Cette équipe était constituée d'un enseignant et de deux professionnels de santé, l'un « scolaire » et l'autre « extérieur ». Ce travail s'est développé selon quatre axes :

- faire connaissance,
- se connaître et connaître l'autre,
- percevoir et identifier les sentiments,
- résoudre les problèmes relationnels.

¹ La recherche-action met l'accent non seulement sur une meilleure compréhension du problème, mais essaie aussi de contribuer à la résolution du problème. La recherche devient un moyen d'action.

Une évaluation à l'aide de questionnaires a montré que cette intervention avait apporté des changements dans la qualité de vie et les comportements des enfants ayant bénéficié de l'intervention (Manciaux, Vanistendael *et al.* 2003 [5]).

4.8 Le programme PATHS

Greenberg a mis au point plusieurs recherches visant à développer un programme de prévention des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents. Ce programme est destiné à être appliqué en milieu scolaire. Il intègre prévention, psychopathologie développementale et neurosciences dans le but de promouvoir la résilience par l'amélioration de la fonction exécutive, de l'aptitude à résoudre les problèmes, de la régulation des émotions et de la capacité d'attention.

La fonction exécutive fait référence aux processus psychologiques impliqués dans le contrôle conscient de la pensée. Les processus cognitifs complexes, les aptitudes de coping et de régulation des émotions se développent lors de la maturation des lobes frontaux qui s'effectue de la petite enfance jusqu'à la fin de l'adolescence. Des déficiences dans la fonction exécutive sont liées à des troubles de la régulation des émotions, des troubles du comportement social, des troubles de l'attention et des troubles de l'humeur.

Le programme PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) de Greenberg contribue à diminuer les symptômes internalisés et les symptômes externalisés et à accroître la compétence sociale et émotionnelle. Le modèle logique du programme est basé sur l'idée que l'intervention doit en premier lieu amener l'enfant à être moins impulsif dans ses interactions sociales et, en second lieu, l'aider à renforcer son langage pour réguler son comportement et mieux communiquer avec les autres.

Une étude contrôlée randomisée, portant sur 318 enfants en école primaire, met en évidence une amélioration des comportements et fournit des arguments empiriques en faveur de la théorie de l'action conceptuelle qui est à la base du modèle PATHS et selon laquelle, premièrement le fonctionnement neurocognitif de l'enfant joue un rôle fondamental dans son adaptation sociale et émotionnelle et deuxièmement, la fonction exécutive est directement liée à une réduction des troubles du comportement (Greenberg 2006 [21]).

5 COMMENT LES PROFESSIONNELS PEUVENT-ILS AXER LEUR PRATIQUE SUR LA RÉSILIENCE ?

Les enfants ayant subi un traumatisme de maltraitance ou d'abus sexuel peuvent retrouver un développement harmonieux si on leur redonne une « confiance affective », si l'on remet en place des « tuteurs de développement » et si on leur donne l'occasion de « remanier leurs émotions provoquées par la représentation de l'épreuve en leur offrant des lieux d'expression » (Cyrulnik 2001 [13]).

Stefan Vanistendael propose cinq facteurs à prendre en compte comme point de départ d'une action visant à la construction de la résilience (Vanistendael 2000 [2]). Ces facteurs se construisent dans une interaction de la personne avec son entourage :

- l'acceptation fondamentale de l'enfant comme personne humaine (donc pas forcément de son comportement) par au moins une autre personne,
- la capacité à découvrir un sens, qui peut se réaliser à travers une foi religieuse, l'expression artistique, les soins donnés à un animal, la participation à une équipe sportive, un projet de formation, etc.,
- l'estime de soi,
- les compétences de toutes sortes, humaines, sociales et professionnelles,
- l'humour constructif.

Jean Garneau, psychologue, apporte quelques éléments pour guider les professionnels dans l'éducation à la résilience (Garneau 2005 [50]). Il relève trois facteurs importants qui doivent être pris en compte dans la formation des professionnels ayant en charge des enfants ayant subi un traumatisme :

- l'**accueil** : c'est le premier contact avec l'enfant-victime. L'attitude de l'intervenant doit être bienveillante. Il ne doit pas se laisser décourager par les manifestations de rejet qu'ont parfois les enfants-victimes. Il est surtout important de montrer à l'enfant que l'on est disponible. Il est nécessaire de rester discret. Il ne doit pas y avoir de récupération sociale. Il faut prendre garde à ce que la personne qui a été exploitée ne soit pas à nouveau transformée en objet pour une cause sociale, prise en symbole pour faire changer les choses,
- l'**expression** : l'enfant-victime doit pouvoir construire un récit de son histoire, afin de symboliser l'expérience subjective du traumatisme subi. Le fait de formuler l'expérience vécue permet de transformer l'indicible pour se réapproprier cette expérience et sortir des mécanismes de clivage qui ont été mis en place pour survivre. L'expression est souvent difficile. Elle demande du temps pour se construire. L'intervenant doit laisser à l'enfant le temps de trouver ses propres mots, il doit faire preuve de patience et montrer qu'il reste à l'écoute,
- la **reconstruction** : il s'agit de reconstruire son estime de soi et sa liberté chez une personne qui a été exploitée ou traitée comme un objet. L'intervenant peut s'appuyer sur l'expression artistique (peinture, musique, écriture...) pour aider la victime à transformer l'expérience vécue en expression esthétique. Il faut fournir à l'enfant les conditions pour s'exprimer, sortir du rôle de victime, réussir à assumer ses responsabilités et trouver un équilibre. Seul l'enfant peut accomplir ces actions. L'intervenant n'est là que pour guider l'enfant, l'aider à se développer en lui procurant un environnement qui ne juge pas, ne moralise pas, accepte les erreurs et assure une attention bienveillante.

Conclusion

« La résilience, c'est plus que résister, c'est aussi apprendre à vivre », nous dit Boris Cyrulnik.

La recherche a commencé à analyser les mécanismes de protection contre les conséquences négatives des traumatismes. Des programmes de prévention et de reconstruction ont déjà été élaborés et constituent les premiers pas d'un chemin qui reste à découvrir.

Pour aller dans cette direction, la collaboration de professionnels d'horizons différents est essentielle. Travailleurs sociaux, psychothérapeutes, médecins, enseignants, chercheurs, doivent s'épauler pour venir en aide aux enfants traumatisés et leur redonner les clés d'une vie équilibrée.

Plutôt que de vouloir agir sur les risques eux-mêmes, il apparaît plus intéressant d'agir directement sur l'enfant en l'aidant à faire face à ces risques et à surmonter le traumatisme subi.

Un problème majeur est l'absence de consensus en ce qui concerne une définition opérationnelle de la résilience. Cela conduit à des difficultés considérables dans la construction de protocoles de recherche. Dufour et al. (Dufour, Nadeau *et al.* 2000 [14]) répertorient les problèmes non encore résolus en quatre grands thèmes.

(1) Les facteurs définissant la résilience ne sont pas distingués des facteurs liés à la résilience. Certaines variables sont utilisées à la fois comme critères de sélection et comme facteurs définissant la résilience. Par exemple, l'estime de soi est un facteur d'adaptation pour certains et un facteur protecteur pour d'autres.

(2) Les critères utilisés pour évaluer la résilience divergent. Et les résultats varient en fonction des domaines évalués. Ainsi Spacarelli et Kim (1995) ont montré que 25% des enfants sont classés comme résilients quand un seul domaine de compétence est évalué, mais que le chiffre n'est plus que de 12% si plusieurs domaines sont pris en compte en même temps.

(3) Un autre problème est de connaître le niveau d'adaptation de la personne avant l'événement traumatique. Or, les études sur les abus sexuels sont toujours rétrospectives. La résilience n'est donc pas déterminée par rapport à l'individu lui-même, mais par rapport à des critères choisis par le chercheur.

(4) Une question liée à la rétrospection est la stabilité de la résilience à travers le temps. Les avis diffèrent quant au caractère fixe ou variable de la résilience. Cette question concerne directement le lien entre la santé mentale d'un sujet observé à l'âge adulte et un événement survenu de nombreuses années auparavant. La résilience d'un sujet ayant survécu à d'autres épreuves au cours de sa vie est-elle liée à l'abus sexuel subi dans l'enfance ?

De futures études, spécifiquement consacrées aux victimes d'abus sexuels, devront être réalisées pour que ces questions trouvent une réponse et que l'on ait une meilleure compréhension de la résilience au cours du développement de l'individu.

Il faudra aussi que la recherche s'intéresse aux nouvelles victimes d'abus sexuels du monde moderne que sont les enfants sur internet. Les programmes préventifs et éducatifs qui se construiront à ce sujet devront à la fois cibler les enfants, utilisateurs d'internet, et leurs parents qui, le plus souvent, ignorent les risques encourus.

Mitchell, Wolak et Finkelhor (Mitchell, Wolak *et al.* 2007 [36]), (Wolak, Mitchell *et al.* 2007 [48]) ont examiné la prévalence d'internautes de 10 à 17 ans victimes de sollicitations sexuelles, de harcèlement et d'exposition à des propos pornographiques. Les résultats diffèrent avec l'âge et le sexe des sujets, les 14-17 ans sont plus sollicités que les 10-13 ans et les filles plus que les garçons.

Webographie

Nations Unies

Exemple, réponses écrites de la Thaïlande :

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/77b6be5510c23964c125712200381cc6/\\$FILE/G0545645.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/77b6be5510c23964c125712200381cc6/$FILE/G0545645.pdf)

World Congress against Commercial Sexual Exploitation of Children

<http://www.csecworldcongress.org/en>

Unicef

Situation des enfants dans le monde en 2007, Unicef

http://www.unicef.org/publications/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2007_Executive_Summary_E.pdf

Code de conduite sur l'exploitation et l'abus sexuel

http://www.binub.org/SEA_f.pdf

United Nations Secretary General's Study on Violence Against Children

<http://www.violencestudy.org>

Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the sale of children, child prostitution and child pornography

<http://www.ohchr.org/english/issues/children/rapporteur/visits.htm>

Conseil de l'Europe :

<http://www.coe.int/T/F/Com/Dossiers/Themes/Exploitation-sexuelle/default.asp>

Organisation mondiale du tourisme (OMT), Déclaration de l'OMT sur la prévention du tourisme sexuel organisé

http://www.world-tourism.org/protect_children/fr/statements/WTO-F.HTM

Child Rights Information Network (CRIN)

<http://www.crin.org>

France

Education nationale

<http://www.education.gouv.fr/bo/2006/31/MENE0601761C.htm>

La lutte contre le tourisme sexuel impliquant des enfants

http://www.famille.gouv.fr/rapports/tourisme_sex/rapport.pdf

Europe

Les abus sexuels sur enfants

http://www.coe.int/t/transversalprojects/children/violence/SexualAbuse_fr.asp

http://www.coe.int/t/f/affaires_juridiques/coop%E9ration_juridique/lutte_contre_l%27exploitation_sexuelle_des_enfants/1_PC-ES/Documents.asp#TopOfPage

Amérique Latine

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

<http://www.opas.org.br/publicac.cfm>

Associação Brasileira de Adolescência

<http://www.asbrabr.com.br/>

Monde

Unicef

<http://www.unicef.org/crc/files/Definitions.pdf>

Haut commissariat aux droits de l'homme. High Commissioner on Human Rights

<http://www.ohchr.org/french/>

Haut commissariat pour les réfugiés, The UN Refugee Agency
Statuts, ratifications

<http://www.unhchr.ch/pdf/reportfr.pdf>

<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/status-crc.htm>

Assistance for unaccompanied refugee minors

<http://www.unhcr.org/excom/EXCOM/43bce4782.pdf>

UNHCR Guidelines on International Protection

<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home>

Meeting the rights and protection needs of refugee children: An Independent evaluation of the impact of UNHCR's activities

<http://www.unhcr.org/research/RESEARCH/3cd6363aa.pdf>

Coalition pour la cour pénale internationale

<http://www.iccnw.org/?lang=fr>

<http://www.iccnw.org/?mod=newsdetail&news=395>

World Organization Against Torture

<http://www.omct.org/>

Journée mondiale de l'enfance

<http://www.omct.org/>

<http://daccessdds.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/096/72/IMG/NR009672.pdf?OpenElement>

Les objectifs du Millénaire pour le développement

http://www.un.org/french/millenniumgoals/goal_4.html

Campagne internationale de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants dans le tourisme asiatique

<http://www.ecpat-france.org>

OMS : The Sexual Violence Research Initiative (SVRI)

<http://www.svri.org>

OMS : Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/sexual_violence/en/

OMS : Sexual violence

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf

OMS : Violence and disaster

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/violence_disasters.pdf

Unesco

<http://portal.unesco.org/education/en/ev.php->

[URL_ID=38396&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=38396&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

OMS déclaration Afrique

<http://www.afro.who.int/press/french/2004/regionalcommittee/pr2004090202.html>

Conseil de l'Europe, Construire une Europe pour et avec les enfants,

http://www.coe.int/t/transversalprojects/children/Default_fr.asp

Recherche scientifique

American Psychological Association

<http://www.apa.org>

Understanding Child Sexual Abuse : Education, Prevention, and Recovery

<http://www.apa.org/releases/sexabuse>

Centre de recherche Innocenti Unicef

<http://www.unicef-icdc.org>

Dernier rapport, centre Innocenti

http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf

ONG

Groupes ONG : The Focal Point Programme (FPP)

http://www.againstsexualexploitation.org/news/?lang=en_US&nav=&id=2006/09/22/0

<http://www.againstsexualexploitation.org/en/whoweare/history.html>

Amnesty internationale

[http://www.amnesty.org/airesults/search?sort=date%3AD%3AL%3Ad1&output=xml_no_dtd&oe=UTF-8&ie=UTF-](http://www.amnesty.org/airesults/search?sort=date%3AD%3AL%3Ad1&output=xml_no_dtd&oe=UTF-8&ie=UTF-8&client=eng&proxystylesheet=eng&site=default_collection&lr=lang_en&q=sexual)

[8&client=eng&proxystylesheet=eng&site=default_collection&lr=lang_en&q=sexual](http://www.amnesty.org/airesults/search?sort=date%3AD%3AL%3Ad1&output=xml_no_dtd&oe=UTF-8&ie=UTF-8&client=eng&proxystylesheet=eng&site=default_collection&lr=lang_en&q=sexual)

Human Rights Watch

<http://hrw.org/about/>

Alliance internationale : « Save the Children »

http://www.savethechildren.net/alliance_fr

http://www.savethechildren.net/alliance_fr/what_we_do/exploi_work.html

The Working Group on Girls (WGG) and its International Network for Girls (INfG)

<http://www.girlsrights.org/Default.php>

Bureau International Catholique de l'Enfance

<http://www.bice.org/fr/presentation/>

Références bibliographiques

Ouvrages :

1. **Ferenczi S** (1982). "Psychanalyse IV. Oeuvres complètes. Tome IV : 1927-1933." Payot.
2. **Vanistendael S** (2000). "Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience." Bayard.

Chapitres d'ouvrages :

3. **Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J and Cyrulnik B** (2001). "La résilience : état des lieux." La Résilience : résister pour se construire. M M. Genève, Editions Médecine et Hygiène: 13-20.
4. **Rodriguez-Pena C and Maria-Aguilar L** (2001). "Applicabilité de la résilience dans les programmes sociaux: expériences en Amérique latine." La Résilience : résister pour se construire. M Manciaux. Genève, Editions Médecine et Hygiène: 189-198.

Actes de congrès :

5. **Manciaux M, Vanistendael S, Senore D, Dessez P, Martin Couturier R, Ibert-Bontemps M, Charlot A, Roehrig C, Vincent G, Eydoux F, Meran D and Oelsner A** (2003). "La résilience en action, passeport pour la santé : faire face aux difficultés et construire." in Actes de la journée régionale Lyon. FRA, L CRAES-CRIPS 135p., réf. 3p.

Articles :

6. **Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, DaCosta GA, Akman D and Cassavia E** (1992). "A review of the long-term effects of child sexual abuse." Child Abuse and Neglect **16**(1): 101-118.
7. **Campbell-Sills L, Cohan SL and Stein MB** (2006). "Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults." Behaviour Research and Therapy **44**(4): 585-599.
8. **Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A and Poulton R** (2003). "Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene." Science **301**.
9. **Cicchetti D and Blender JA** (2006). "A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions." Annals of the New York Academy of Sciences **1094**: 248-58.

10. **Cicchetti D and Rogosch FA** (1997). "The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children." *Development and Psychopathology* **9**(4): 797-815.
11. **Couturier Y and Carrier S** (2003). "Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent." *Nouvelles Pratiques Sociales* **16**(2).
12. **Cuarati-Burgio L** (2001). "The effects of parental practices and parental processes on resilience in adolescents." *Dissertation Abstracts International. B. The Sciences and Engineering* **61**(10).
13. **Cyrulnik B** (2001). "Manifeste pour la résilience." *Spirale* **18**: 77-82.
14. **Dufour MH, Nadeau L and Bertrand K** (2000). "Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question." *Child Abuse and Neglect* **24**(6): 781-797.
15. **Dumont KA, Widom CS and Czaja SJ** (2007). "Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics." *Child Abuse and Neglect* **31**(3): 255-74.
16. **Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW, Jr. and Berlin FS** (2002). "Pedophilia." *Jama* **288**(19): 2458-65.
17. **Flores E, Cicchetti D and Rogosch FA** (2005). "Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children." *Developmental Psychology* **41**(2): 338-51.
18. **Fossion P and Linkowski P** (2007). "The relevance of the concept of resiliency in the field of psychiatry." *Revue Médicale de Bruxelles* **28**(1): 33-8.
19. **Gall TL** (2006). "Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse." *Child Abuse and Neglect* **30**(7): 829-844.
20. **Gilgun JF** (2005). "Evidence-based practice, descriptive research and the resilience–schema–gender–brain functioning (RSGB) assessment." *British Journal of Social Work* **35**: 843-862.
21. **Greenberg MT** (2006). "Promoting resilience in children and youth: preventive interventions and their interface with neuroscience." *Annals of the New York Academy of Sciences* **1094**(1): 139-150.
22. **Greenwald E, Leitenberg H, Cado S and Tarran MJ** (1990). "Childhood sexual abuse: Long-term effects on psychological and sexual functioning in a nonclinical and nonstudent sample of adult women." *Child Abuse and Neglect* **14**(4): 503-513.
23. **Haz AM, Castillo R and Aracena M** (2003). "Adaptation of the multidimensional trauma recovery and resilience (MTRR) questionnaire in a sample of Chilean mothers with a history of child abuse." *Child Abuse and Neglect* **27**(7): 807-20.
24. **Houssier F** (2002). "Clinique du traumatisme et résilience : regards sur le parcours de B. Bettelheim." *Pratiques psychologiques : (Le Bouscat)* **1**: 65 - 73.

25. **Jackson S, Born M and Jacob M-N** (1997). "Reflections on risk and resilience in adolescence." Journal of Adolescence **20**(6): 609-616.
26. **Jaramillo-Vélez DE, Ospina-Muñoz DE, Cabarcas-Iglesias G and Humphreys J** (2005). "Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres Maltratadas." Revista de Salud Pública (Bogotá) **7**(3): 281-292.
27. **Junqueira MPdS and Deslandes SF** (2003). "Resiliência e maus-tratos à criança." Cadernos de Saúde Pública **19**(1).
28. **Kaddour J** (2004). "L'endurance psychologique (Hardiness): Aspects définitoires, nomologiques et critiques (Hardiness : definition, nomological and critical aspects)." European Review of Applied Psychology **53**(3-4): 227-237.
29. **Kinard EM** (1998). "Methodological Issues in Assessing Resilience in Maltreated Children." Child Abuse and Neglect **22**(7): 669-680.
30. **Korff-Sausse S** (2002). "Les processus psychiques de la résilience." Pratiques psychologiques : (Le Bouscat) **1**: 53 - 63.
31. **Luthar SS, Cicchetti D and Becker B** (2000). "The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work." Child Development **71**(3): 543-62.
32. **Lynch KB, Geller SR and Schmidt MG** (2004). "Multi-year evaluation of the effectiveness of a resilience-based prevention program for young children." The Journal of Primary Prevention **24**(3): 335-353.
33. **Lynskey MT and Fergusson DM** (1997). "Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse." Child Abuse and Neglect **21**(12): 1177-1190.
34. **Manciaux M** (2001). "La résilience: Un regard qui fait vivre." Etudes **395**(4): 321 - 330.
35. **Matorin AI and Lynn SJ** (1998). "The development of a measure of correlates of child sexual abuse: the Traumatic Sexualization Survey." Journal of Traumatic Stress **11**(2): 261-80.
36. **Mitchell KJ, Wolak J and Finkelhor D** (2007). "Trends in youth reports of sexual solicitations, harassment and unwanted exposure to pornography on the Internet." Journal of Adolescent Health **40**(2): 116-26.
37. **Rajendran K and Videka L** (2006). "Relational and academic components of resilience in maltreated adolescents." Annals of the New York Academy of Sciences **1094**(1): 345-349.
38. **Rutter M** (1979). "Protective factors in children's responses to stress and disadvantage." Annals of Academy of Medicine Singapore **8**(3): 324-38.

39. **Rutter M** (1985). "Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder." British Journal of Psychiatry **147**: 598-611.
40. **Somchit S and Sriyaporn P** (2004). "The relationships among resilience factors, perception of adversities, negative behavior, and academic achievement of 4th- to 6th-grade children in thad-thong, chonburi, thailand." Journal of Pediatric Nursing **19**(4): 294-303.
41. **Spaccarelli S** (1994). "Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review." Psychological Bulletin **116**(2): 340-62.
42. **Tarakeshwar N, Hansen NB, Kochman A, Fox A and Sikkema KJ** (2006). "Resiliency among individuals with childhood sexual abuse and HIV: perspectives on addressing sexual trauma." Journal of Traumatic Stress **19**(4): 449-60.
43. **Tousignant M** (1999). "De l'adversité à la résilience: la part du milieu, la part de l'enfant." PRISME **29**: 122-135.
44. **Tremblay C, Hebert M and Piche C** (1999). "Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims." Child Abuse and Neglect **23**(9): 929-45.
45. **Tusaie KR and Patterson K** (2006). "Relationships among trait, situational, and comparative optimism: clarifying concepts for a theoretically consistent and evidence-based intervention to maximize resilience." Archives of Psychiatric Nursing **20**(3): 144-50.
46. **Vanderbilt-Adriance E and Shaw DS** (2006). "Neighborhood risk and the development of resilience." Annals of the New York Academy of Sciences **1094**(1): 359-362.
47. **Werner EE** (1989). "Children of the Garden Island." Scientific American **260**(4): 106-11.
48. **Wolak J, Mitchell K and Finkelhor D** (2007). "Unwanted and wanted exposure to online pornography in a national sample of youth Internet users." Pediatrics **119**(2): 247-57.
49. **Wright MOD, Fopma-Loy J and Fischer S** (2005). "Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors." Child Abuse and Neglect **29**(10): 1173-1193.

Magazine électronique :

50. **Garneau J** (2005). "Enseigner la résilience." La lettre du psy. **9**.
<http://www.redpsy.com/infopsy/resilience2.html>