

Université de Montréal

Activation du processus de résilience chez l'enfant exposé à la maltraitance

par

Robert Louis

Programme de Doctorat en Sciences Humaines Appliquées

Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D)
en Sciences Humaines Appliquées.

Août 2017

© Robert Louis, 2017

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée
Activation du processus de résilience chez l'enfant exposé à la maltraitance

Présentée par
Robert Louis

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Violaine Lemay, Ph.D., présidente-rapporteure, représentante de la doyenne
Yves Couturier, Ph.D., directeur de recherche
Tonino Esposito, Ph.D., membre du jury
Stéphane Richard, Ph.D., évaluateur externe

Résumé

Qu'il s'agisse de situations de traumatismes graves, d'extrême négligence ou de maltraitance lourde, la résilience souvent observée peut inciter à développer de nouvelles approches dans les interventions des travailleurs et travailleuses sociaux auprès des enfants¹ confiées à leurs soins. Le potentiel innovateur de la résilience réside dans le fait qu'elle ouvre une perspective nouvelle d'intervention auprès d'enfants dont la situation paraît à première vue désespérée, voire irrécupérable. Pour cela, il est nécessaire d'acquérir une attitude professionnelle différente, appropriée, non pathologisante, mais aussi de s'enquérir des connaissances solides non seulement sur les facteurs qui favorisent la résilience, mais surtout sur les attributs de son activation de manière concrète, progressive et compréhensible pour l'enfant.

Quoique la résilience ait été scientifiquement étudiée sous différents angles, son activation, via un accompagnement significatif réalisé par un professionnel, suscite un intérêt particulier notamment dans la recherche de stratégies innovantes d'interventions spécifiquement auprès des enfants exposés à la maltraitance. Au moyens d'entretiens semi-directifs, cette étude appliquée, interdisciplinaire, qualitative et compréhensive, d'inspiration phénoménologique, a documenté spécifiquement l'activation du processus de résilience adapté à la réalité des enfants placés, à travers les lentilles des savoirs pratiques de cinquante professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, sociologues, psychoéducateurs) des services de protection de l'enfance de l'Ontario. L'approche méthodologique qui s'appuie sur les récits de pratique des interventions d'intervenants tuteurs de résilience permet d'explicitier les attributs du processus d'activation de la résilience.

Les données qualitatives en question sont les « témoignages, récits de pratiques » visant à proposer des modes d'activation de ces processus

Afin d'atteindre cet objectif, cette thèse se déploie en sept parties distinctes : 1) le contexte général de l'étude, 2) la résilience chez les enfants exposés à la maltraitance, 3) la

¹ Dans cette étude, le vocable « enfant » désigne toute personne âgée de 0 à 18 ans.

question et les objectifs de recherche, 4) le positionnement théorique et le cadre conceptuel, 5) la méthodologie, 6) les résultats, 7) la discussion, et 8) la conclusion.

Notre analyse des récits de pratique révèle que le mécanisme par lequel s'active le processus de résilience se met véritablement en branle lorsque l'enfant, lui-même, mais à la faveur du contact avec un tuteur de résilience, parvient à saisir le présent, à vaincre sa peur, à s'approprier son sentiment d'existence, à trouver sa place au sein de la société. Cette posture de l'enfant découle d'interventions qui mettent l'accent sur l'encadrement, le soutien, l'aide et les ressources nécessaires, conditions *sine qua non* pour que la merveille que constitue la résilience soit possible, même en présence du malheur.

Mots-clés : Enfants, maltraitance, résilience, tuteurs de résilience, activation, intervention, prévention, suicide.

Abstract

Whether it is a situation of serious trauma, extreme neglect, or heavy abuse, resilience can provide incentives to develop new approaches in the work of social workers towards the children in their care. The particularity of the concept lies in the fact that it proposes a new perspective of care for children whose situation seems desperate, even unrecoverable. To do so, it is necessary to acquire a different, appropriate, non-pathologizing professional attitude, a solid knowledge on the factors that promote resilience, but mostly on the attributes of its activation in a concrete, progressive and understandable way.

Although scientifically, resilience has been widely studied from different angles, its activation, through significant accompaniment, supported by a professional, is of great interest especially in the search for innovative strategies of interventions specifically with children exposed to the maltreatment. This study aims to precisely document the activation of the resilience process adapted to the reality of children in foster care, through the lenses of the practical knowledge of social workers from the Ontario child welfare services.

To achieve these objectives, this study is divided into seven distinct parts: 1) the general context of the study, 2) resilience in children exposed to abuse, 3) the research question and objectives, 4) Theoretical positioning and conceptual framework, 5) methodology, 6) results, 7) discussion, and 8) conclusion. Our analysis of practice narratives reveals that the mechanism by which the process of resilience is activated is really set in motion when the child himself, but under the care of a resilience tutor, manages to grasp the present, to overcome his fear, to appropriate his sense of existence, to find his place in the heart of society. Resulting, avenues of intervention that emphasize proper support, assistance and resources, which are sine qua non for marvels to be possible, even in the presence of adversity.

Keywords : *Children, abuse, resilience, resilience tutors, activation, intervention, prevention, suicide*

Table des matières

Résumé	I
Abstract	III
Liste des abréviations	VII
Liste des tableaux	VIII
Remerciements	X
Introduction générale	1
CHAPITRE 1: LE CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE	7
Introduction	7
1.1. Le système de placement en Ontario	8
1.2. Le processus de placement et les services de protection de l'enfance	12
1.3. Fonction des travailleurs sociaux dans ce contexte	17
1.4. La maltraitance, contexte historique	19
1.5. La province de l'Ontario, pionnière en matière de protection de l'enfance	24
1.6. Une pratique de protection de l'enfance allant de la sécurité vers le bien-être des enfants	25
1.5. La maltraitance, ampleur du problème	26
1.6. Diverses formes de maltraitance	29
1.6.1. Les mauvais traitements physiques	30
1.6.2. Les maltraitances sexuelles	35
1.6.3. Les mauvais traitements psychologiques	51
1.6.4. La négligence	55
1.7. L'enfant réputé résilient	56
Conclusion partielle : miser sur le développement positif et la résilience des enfants	57
CHAPITRE 2: LA RÉSILIENCE CHEZ L'ENFANT MALTRAITÉ	63
2.1. La résilience : émergence du concept	66
2.2. Divergences sémantiques	68
2.3. <i>Coping</i> et résilience	72
2.4. Attachement, maltraitance et placement	73
CHAPITRE 3: QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	77
3.1. Objectifs de recherche	77

3.2. Question de recherche	78
3.3. Pertinence scientifique, professionnelle et sociale	79
CHAPITRE 4 : POSITONNEMENT THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL	81
Introduction.....	81
4.1. Une recherche qualitative et compréhensive	81
Cadre conceptuel.....	84
4.2.1. Le concept de maltraitance	84
4.3. La résilience	89
4.4. Le processus d'activation de la résilience et les tuteurs de résilience	91
4.5. Les savoirs pratiques	96
CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE	100
Introduction.....	100
5.1. Le type d'étude.....	100
5.2. Population à l'étude et critères de sélection.....	101
5.3. Méthode et technique d'échantillonnage	104
5.4. Taille de l'échantillon.....	105
5.5. Outil de collecte des données.....	106
5.6. Analyse des données.....	108
5.7. Éthique de la recherche.....	112
5.8. Le récit de pratique, révélateur des savoirs d'expérience	113
CHAPITRE 6 : RÉSULTATS	115
6.1. Les savoirs pratiques spécifiques aux tuteurs de résilience	115
6.1.1. L'ouverture d'esprit à l'égard du potentiel de l'enfant.....	117
6.1.2. Une présence empathique	118
6.1.3. Une volonté manifeste de mobiliser les ressources de l'enfant	120
6.1.4. Affirmer l'avenir proche de l'enfant comme étant porteur de changements positifs....	122
6.2. Le processus d'activation de la résilience	124
6.3. Les Caractéristiques du processus d'activation de la résilience	124
6.3.1. Saisir le présent	124
6.3.2. Poser la peur comme objet d'intervention	126
6.3.3. L'appropriation du sentiment d'existence et favoriser l'estime de soi.....	129

6.3.4. Occuper sa place.....	130
6.4. Apport original de la thèse.....	132
CHAPITRE 7 : DISCUSSION.....	136
7.1. Activer la résilience demande un changement de regard.....	137
7.2. Six dimensions spécifiques des savoirs pratiques des tuteurs.....	138
7.3. Restauration des systèmes adaptatifs fondamentaux.....	139
7.4. Limites de l'étude.....	142
7.5. Perspectives de recherche.....	147
CONCLUSION.....	149
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	159
Annexe 1 Demande d'entrevue & consentement aux services d'aide à l'enfance.....	176
Annexe 2 Questionnaire d'entrevue.....	2
Annexe 3 Approbation éthique.....	5
Annexe 4 Certificat d'approbation éthique.....	7

Liste des abréviations

C.E.R.A.S	Comité d'étude et de la recherche
C.I.D.E.	Convention internationale des droits de l'enfant
E.C.I.	Étude canadienne sur l'incidence
I.R.M.	Imagerie par résonance magnétique
L.S.E.F.	Loi sur les services à l'enfance et à la famille
N.Y.S.P.C.C.	New York Society for the Prevention of Cruelty to Children
O.A.C.A.S	Ontario association of Children's aid society
O.M.S.	Organisation mondiale de la santé
O.N.U.	Organisation des Nations unies
S.A.E.	Sociétés d'aide à l'enfance
T.I.C.	Techniques d'imagerie cérébrale
T.D.A.	Trouble déficitaire de l'attention
T.D.A.H.	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Liste des tableaux

Tableau 1. Indicateurs physiques de la maltraitance sexuelle	42
Tableau 2. Indicateurs des troubles du comportement chez les enfants de moins de 5 ans.....	45
Tableau 3. Indicateurs des troubles du comportement chez les enfants d'âge scolaire.....	47
Tableau 4. Indicateurs des troubles du comportement chez les enfants les adolescents.....	49
Tableau 5. Caractéristiques des participants.....	98

*Cette thèse est entièrement dédiée à la
recherche interdisciplinaire sur le
développement humain. Elle devient patrimoine
de l'humanité, œuvre impérissable, dans les
secondes qui suivent son acceptation!*

Remerciements

Il y a un moment formidable lorsqu'on écrit une thèse, c'est celui où il ne reste plus qu'à écrire les remerciements. C'est de loin celui que je préfère et j'y ai pensé inlassablement au fil des mois d'écriture. Car quand cet instant arrive, l'ensemble de ce qu'il y avait à dire a été dit, toutes les idées mises à plat, les chiffres cités, les références énumérées. Le monde abstrait des concepts et le monde révolu des histoires s'estompent pour laisser la place à ce qui est le plus présent, le plus vivant : les liens qui m'unissent aux autres, c'est-à-dire, ceux et celles qui, par leur contribution à ce projet, ont enrichi ma vie. J'adresse tout d'abord mes chaleureux remerciements à Docteur Yves Couturier, directeur de recherche dans le cadre de cette étude. Ses compétences à la fois relationnelles et intellectuelles n'ont d'égale que la dynamisante confiance dont il m'a gratifiée à tous les instants. Par sa souplesse et son ouverture, il a facilité tout le processus. Le sérieux avec lequel il a examiné mon travail, de même que la qualité et la justesse de ses remarques, ont sans aucun doute contribué à en rehausser la valeur. Je ne pouvais espérer meilleur soutien. Cette recherche n'aurait pas été possible sans Docteur Couturier, ainsi que l'ensemble des professeurs et professeures, dont Docteure Violaine Lemay, y compris les responsables du programme de doctorat en Sciences Humaines Appliquées, qui ont généreusement contribué à mon développement intellectuel. Je les en remercie vivement, tout comme je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers les étudiantes et étudiants dont la collaboration fut exemplaire. Je ne peux passer sous silence les efforts que ma famille a dû consentir pour me dégager de certaines responsabilités du domicile familial afin que je puisse faire les allers-retours dans diverses Sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario. Je veux dire à Marlaine, Willgens et Melytsah, respectivement mon épouse, mon fils et ma fille, que j'ai apprécié énormément leur compréhension, leur soutien et les commentaires judicieux qu'ils ont su apporter à certains moments cruciaux. Pour conclure, j'adresse un incommensurable merci à mon épouse, sans laquelle je reste persuadé qu'il m'aurait été impossible de trouver en moi la force de surmonter les difficultés qui n'ont pas manqué de se présenter sur le chemin du doctorat.

Ces travaux ont bénéficié du support Financier de la Faculté des études supérieures et postdoctorales (FESP).

Le désir profond de l'esprit même dans ses démarches les plus évoluées rejoint le sentiment inconscient de l'homme devant son univers : il est exigence de familiarité, appétit de clarté. Comprendre c'est avant tout unifier. Comprendre le monde pour un homme, c'est le réduire à l'humain, le marquer de son sceau. De même, l'esprit qui cherche à comprendre la réalité ne peut s'estimer satisfait que s'il la réduit en termes de pensée.

Albert CAMUS, dans Le Mythe De Sisyphe. P. 23

Introduction générale

Primo Levi, l'un des plus célèbres survivants du camp d'extermination d'Auschwitz, soutient que la faculté qu'à l'Homme de se creuser un trou, de sécréter une coquille, de dresser autour de lui une fragile barrière de défense, même dans des circonstances apparemment désespérées, est un phénomène stupéfiant qui demanderait à être étudié de près. Dans le domaine de la psychologie clinique, du travail social, de la psychiatrie, en psychoéducation, il nous arrive souvent dans notre pratique professionnelle, d'être en présence d'enfants qui réussissent à améliorer significativement leur vie en dépit par exemple de maltraitances graves, de viols, de négligence, ou de l'inceste dont ils ont été les victimes. La littérature scientifique présente ce phénomène comme étant la résilience. Plusieurs praticiens de la psychothérapie (Cyrulnik, 1999 ; Manciaux, 2000 ; Lemay, 2000) ont observé des personnes ayant trouvé le moyen de se développer dans un milieu peu propice et qui, pourtant, se sont épanouies. Cette résilience est souvent conçue comme une caractéristique individuelle propre au sujet (Cramer, 2012), mais on sait de mieux en mieux qu'elle peut être soutenue positivement, en l'occurrence pour cette thèse, par ce que nous nommons l'activation du processus de résilience, via l'action d'adultes signifiants pour l'enfant.

Notre intention, dans le cadre de cette recherche, consiste donc à nous attarder sur le processus d'activation de la résilience chez des enfants de l'Ontario sous la responsabilité des services de protection de l'enfance, à travers les lentilles des savoirs pratiques des tuteurs de résilience. Nous entendons par tuteurs de résilience un travailleur social, un enseignant, un éducateur, un psychologue, bref une personne qui, placée sur le chemin de l'enfant, le guide et le soutient de façon telle que les forces de résilience de l'enfant sont mobilisées par lui. Le tuteur de résilience est un point d'appui qui rend possible la reprise d'un développement en aidant l'enfant à reprendre confiance en lui et à avoir un projet d'avenir malgré le fait qu'il ait été exposé à des situations d'adversité (Lecomte, 2005; Cyrulnik, 2009; Anaut, 2006). L'enfant dont la vie l'expose à des situations d'adversité a besoin d'un environnement aidant, constitué notamment par des tuteurs de résilience, pour se développer.

Notre démarche de recherche vise à comprendre de façon globale ces conditions de soutien à l'activation du processus de résilience, de façon à fournir aux intervenants une alternative aux modèles thérapeutiques classiques, notamment médicaux, basés sur le traitement des seuls symptômes, en mettant l'accent de l'intervention sur les forces et les habiletés positives des individus.

Cette recherche s'inscrit dans la catégorie des travaux sur la résilience, plus spécifiquement ceux visant à soutenir l'évolution des pratiques d'intervention en travail social. Cette quête d'évolution positive appelle cependant à traiter la question dans une perspective plus large que celle du travail social, pour pouvoir extraire les aspects les plus pertinents, afin de les insérer dans une vue d'ensemble, et de proposer des pistes d'intervention qui visent ultimement la pratique du travail social, quand il s'agira d'encourager, d'inciter, voire même de provoquer la résilience chez les enfants. La posture interdisciplinaire prise ici entraîne une ouverture sur plusieurs champs d'investigation, ainsi qu'une mise en conjonction des savoirs disciplinaires divers, mobilisant des données empiriques et des matériaux théoriques. Dans cet ordre d'idées, l'interdisciplinarité transparaît tout au long de cette thèse. Des facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques peuvent contribuer au processus de résilience, car « Les humains sont faits d'une matière pensante, qui intègre à la fois de la culture, des idées, de la mémoire, mais aussi des gènes, des neurones, des hormones » (Dortier, 2009 p. 9).

Cela signifie que la présente thèse s'intéresse d'abord aux conditions qui favorisent l'activation de la résilience permettant la réussite et le développement de l'enfant exposé à une grande adversité. Elle s'éloigne ainsi du paradigme classique de la pathogenèse qui, lui, est orienté vers la maladie, la souffrance, la rechute, la récurrence, le traumatisme, et les troubles. L'accent n'est plus mis sur les facteurs de risque mais sur les ressources dont dispose l'être humain pour se développer.

Il ne s'agit pas de nier ou de sous-estimer les problèmes et la vulnérabilité des enfants exposés à la maltraitance, mais d'affirmer qu'il est possible de soutenir le développement de stratégies d'interventions qui prennent davantage appui sur les forces de ces enfants, voire qui les activent. Car ultimement, le travail de reconstruction et de reprise de la vie se fait avant tout par l'enfant lui-même.

Notre thèse est constituée de sept chapitres.

Au **Chapitre 1: Problématique, contexte général de l'étude**, nous posons le problème de la maltraitance infantile à travers une recension exhaustive des écrits scientifiques transversaux, en faisant état des connaissances qui s'y rattachent. Nous avons donc examiné 1) le système de placement, le processus de placement et les services de protection de l'enfance en Ontario, 2) le rôle de pionnière que joue la province de l'Ontario en ce qui concerne la protection de l'enfance, 3) la littérature scientifique pour bien saisir la nature et l'ampleur du phénomène de la maltraitance infantile, y compris ses formes et ses conséquences sur l'enfant. Ceci nous a permis de dresser un tableau relativement imposant des diverses formes sous lesquelles la maltraitance peut se manifester (physique, sexuelle, psychologique). Nous concluons ce chapitre en mettant l'accent sur l'importance de miser sur la capacité de l'humain en bute à la maltraitance, à chercher à se développer.

Le **Chapitre 2: La résilience chez l'enfant maltraité** se consacre entièrement à l'étude de la résilience chez l'enfant exposé à la maltraitance. La résilience est ici étudiée à travers les écrits scientifiques, mais c'est l'aspect « appliqué » du concept qui est privilégié, à travers les connaissances dont le potentiel d'utilité pour l'intervention est grand. L'accent est mis également sur le tuteur de résilience et l'importance de son implication dans le processus l'activation de la résilience chez l'enfant maltraité. Ce chapitre aborde en outre l'émergence du concept de résilience, ses antécédents, pour conclure sur la question de la définition du concept, en tenant compte des points de convergence et de divergence sémantique entre certains auteurs clés.

Le **chapitre 3 : Questions et objectifs de recherche** formule clairement les questions et les objectifs de recherche qui découlent logiquement de la problématique à l'étude. Des questionnements sont élaborés quant au processus d'activation de la résilience chez l'enfant vivant dans des contextes difficiles, et sur les attributs d'un tel processus analysé à partir des savoirs pratiques de ceux et celles qui évoluent, soutiennent et encadrent les enfants maltraités, réputés résilients.

Le **Chapitre 4: Positionnement théorique et cadre conceptuel** présente les cadres théorique et conceptuel dans lesquels s'effectue cette recherche, et qui vont servir d'appui à

l'analyse des données. Les concepts les plus importants dans le cadre de cette thèse sont : la maltraitance, l'attachement, le placement, la résilience, le tuteur de résilience et les savoirs pratiques. L'ancrage épistémologique interactionniste dans lequel s'inscrit cette thèse trouve sa justification dans le caractère fondamentalement intersubjectif tant de la résilience que de la maltraitance, mais aussi du processus d'activation qui s'effectue beaucoup, comme nous le verrons, dans le contexte de la relation qui unit le binôme enfant-tuteur de résilience. Ce sont des dynamiques relationnelles qui vont se manifester sous la forme d'un ensemble d'interrelations entre la famille (adoptive ou biologique) de l'enfant, la parenté d'accueil lors du placement, et les intervenantes et intervenants de la SAE, avec l'enfant lui-même.

La perspective interactionniste de laquelle s'inspire notre cadre théorique nous permet de prendre en compte les transactions entre la famille de l'enfant et son environnement (famille élargie, école, voisinage, ressources communautaires, etc.), sa capacité d'adaptation dans son nouveau milieu, la réciprocité qui existe entre lui et son environnement, leur mutualité, les stress de la vie et sa capacité à faire face à ces derniers, conditions *sine qua non* à la compréhension du processus d'activation de la résilience. Le rôle de tuteur dans ces multiples faisceaux relationnels est crucial à l'activation par l'enfant du processus de résilience.

Le **Chapitre 5: Méthodologie** présente la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche ainsi que les différentes étapes qui y sont associées. L'adéquation entre la question posée et la méthode choisie pour y répondre représente un critère de rigueur scientifique important dans le cadre de cette thèse. La méthodologie réfère à la phase opérationnelle de la thèse, c'est-à-dire à la manière dont nous avons procédé pour répondre à la question de recherche. Cette partie explicite avec clarté et précision les méthodes retenues et démontre leur adéquation à la question posée. Même s'il fallait inévitablement faire des choix méthodologiques en raison du but de l'étude, du temps et des ressources dont nous disposions, le réalisme et la rigueur ont guidé cette démarche. Les échantillons ont été choisis avec minutie en fonction des buts de l'étude et de l'approche méthodologique retenue. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe dans ce type de recherches mais sa qualité au regard des objectifs visés.

Sept composantes sont à considérer dans cette section : le type d'étude, la population à l'étude et les critères de sélection des participants, le contexte de l'étude ainsi que le rôle du

chercheur, les méthodes et les outils de collecte des informations, l'analyse des données et l'éthique de la recherche.

Le **Chapitre 6: Résultats** représente le cœur de l'étude. C'est dans ce chapitre que l'on trouve l'apport original de la thèse, c'est-à-dire ce que nous sommes le premier à montrer, ce que l'on ne savait pas et que l'on sait désormais à propos de la résilience. D'une manière compréhensible, cette partie s'attarde sur les résultats jugés les plus pertinents sur le plan théorique et pratique, au regard de la question de recherche. Ce chapitre est dédié à l'analyse des données et à ce que disent ces analyses en réponse à notre questionnement principal. Seront alors exposés d'une part, les résultats des entrevues ayant porté sur les savoirs pratiques des tuteurs de résilience identifiés dans la majorité des cas, parmi ceux jouant un rôle important dans le processus d'activation et, d'autre part, les caractéristiques spécifiques au processus d'activation de la résilience. Chacune de ses composantes sont détaillées et appuyées par des extraits de récits. Finalement, nous concluons ce chapitre par quelques propositions visant le renforcement des pratiques organisationnelles axées sur l'activation du processus de résilience.

Au **Chapitre 7: Discussion**, nous interprétons les résultats en leur donnant un sens en fonction du but de l'étude et du cadre théorique utilisé. En plus de proposer des interprétations plausibles, c'est-à-dire qui montrent une concordance entre les résultats et la signification que nous leur attribuons, ce chapitre permet de faire avancer les connaissances sur le sujet en formulant des interprétations novatrices des points de vue théorique ou pratique (par exemple, en donnant une explication nouvelle sur la résilience chez les enfants, plus spécifiquement son activation avec l'aide d'un professionnel, et en formulant des recommandations pour implanter les résultats dans la pratique du travail social). La mise en relation des résultats de l'étude avec l'état actuel des connaissances est nécessaire pour souligner l'aspect novateur des interprétations. Enfin, pour la crédibilité de la discussion, il importe de discuter de tous les résultats pertinents, y compris les résultats inattendus ou qui ne correspondent pas aux explications principales du phénomène étudié (résultats négatifs ou contradictoires).

La **conclusion** présente une synthèse de l'étude en insistant sur les résultats obtenus et les recommandations faites. Elle porte notamment sur des pratiques d'intervention qui vont faciliter le développement positif de l'enfant maltraité, en mettant l'emphase sur la contribution du processus d'activation de la résilience comme outil privilégié pour construire le mieux-être

de l'enfant. Dans cette section, nous présentons les messages importants de l'étude. Il ne s'agit donc pas d'un rappel ordonné des divers éléments de contenu de la thèse, ce qui s'apparenterait à un résumé. De plus, nous discutons des retombées en proposant de nouvelles perspectives de recherche ainsi que des implications pratiques pour les sciences humaines appliquées et, plus particulièrement, pour le travail social.

*Avant tout, il faut savoir poser des problèmes.
Et quoi qu'on dise, dans le domaine scientifique,
les problèmes ne se posent pas d'eux-mêmes.
C'est précisément ce sens du problème qui
donne la marque du véritable esprit scientifique.
(Bachelard 1975, p. 14).*

CHAPITRE 1: LE CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

Introduction

Dans la partie qui suit, le contexte général de l'étude est décrit afin que le lecteur puisse bien comprendre le phénomène à l'étude. Concrètement, le lecteur pourra obtenir des informations significatives sur les caractéristiques du système de placement en Ontario, les types de services offerts, les professionnels en place, la clientèle, ainsi que toute autre information utile à la compréhension du phénomène, comme le processus de placement et les services de protection de l'enfance, le contexte historique, l'ampleur et les diverses formes de maltraitance, la fracture identitaire et le sentiment de perte de la corporéité, l'importance des neurosciences. Ce chapitre se conclut en mettant l'emphase sur le fait de miser sur le soutien à la résilience de l'enfant.

1.1. Le système de placement en Ontario

La compréhension approfondie de tout phénomène ne peut se faire hors du contexte dans lequel il s'inscrit. Même si certains contextes ressemblent en apparence à d'autres (ex. : la clinique externe de l'hôpital X et celle de l'hôpital Y, les Services d'aide à l'enfance-SAE), il n'en demeure pas moins que chaque contexte est particulier, au même titre que l'expérience vécue par les personnes impliquées. Dans la plupart des pays du monde, il est essentiel de protéger les enfants contre les risques et les maltraitances, bien que cette tâche soit difficile et complexe. En Ontario où s'est déroulé cette étude, ce sont les SAE qui offrent ce filet de sécurité aux enfants qui subissent ou risquent de subir des mauvais traitements physiques, sexuels ou affectifs, de la négligence ou l'abandon. Le travail des SAE est donc important, mais difficile, et souvent perçu comme de l'ingérence par des familles aux prises avec un ensemble complexe de difficultés comme la pauvreté, la toxicomanie, les problèmes de logement et de santé, le chômage ou l'isolement social. Le système de placement, qui est un composant du système de protection de l'enfance, permet aux SAE de retirer des enfants de milieux familiaux non sécuritaires et de les prendre en charge, en les plaçant dans des milieux substituts, comme des familles d'accueil, par exemple. Cette réalité favorise une représentation des SAE comme ayant un rôle intrusif, même si le travail des SAE consiste, dans la mesure du possible, à trouver un équilibre entre le fait de protéger les enfants et celui d'appuyer les familles afin qu'elles ne soient pas toxiques pour l'enfant (OACAS, 2013; David, 2004; Duburcq *et al.*, 2004).

Pour bien comprendre le système de placement en Ontario, il est nécessaire de le placer dans le cadre contextuel mondial, fondé par le principe de la protection des droits de l'enfant. En effet, dans le monde entier, tous les enfants ont des droits protégés par l'Organisation des Nations unies (ONU). Ces droits sont inscrits dans la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), adopté et ratifié en 1989 par la plupart des pays du monde, incluant le Canada. Ces pays acceptent de promouvoir et de respecter l'ensemble des droits inscrits dans cette convention. Les racines du système de placement en Ontario sont guidées par quatre grands principes fondamentaux : 1) la non-discrimination ou l'universalité (article 2) ; 2) l'intérêt supérieur de l'enfant qui doit être une considération primordiale dans toutes les décisions qui le

concernent (article 3) ; 3) la vie, la survie et le développement (article 6) ; 4) le respect du droit de l'enfant à exprimer librement son opinion (article 12) (ONU, 1989).

La CIDE énonce que tous les enfants ont droit de vivre, de se développer – physiquement, mentalement, spirituellement, moralement, psychologiquement et socialement – dans toute la mesure de leurs potentialités. Pour cela, ils doivent développer leur potentiel à l'abri de la faim et du besoin, et être protégés de la négligence et des mauvais traitements. Il est important de mentionner que, selon la convention, les enfants ne sont pas la propriété de leurs parents. Ce sont des êtres humains à part entière et, à ce titre, ils sont sujets de leurs propres droits. La Convention voit l'enfant en tant qu'individu membre d'une famille et d'une communauté, et lui reconnaît des droits et des responsabilités qui correspondent à son âge et à sa maturité (ONU, 1989). En envisageant ses droits de cette façon, la Convention englobe tous les aspects de la vie de l'enfant.

Au Canada, le système de protection de l'enfance est décentralisé et géré par les provinces et territoires. Ainsi, chaque juridiction peut exercer son autonomie par rapport à l'accession des enfants à son système incluant la gamme de services offerts (ex. : les enquêtes sur la maltraitance, les évaluations en prévision d'une adoption, les services offerts pour les problèmes graves de comportement, le soutien aux familles des victimes), ainsi que la formation nécessaire pour occuper un poste d'intervenant en services de protection de l'enfance. Les nombreuses différences dans les systèmes de protection de l'enfance à travers les provinces et territoires compliquent la tâche de fournir une représentation pancanadienne cohérente des signalements, des cas de maltraitance en particulier, et, du système de placement en général (Agence de la santé publique du Canada, 2010). C'est particulièrement pour cette raison que cette étude se concentre sur une province, en l'occurrence l'Ontario.

En Ontario, les SAE ont la responsabilité juridique exclusive d'offrir des services de protection de l'enfance. Les activités et la raison d'être d'une SAE sont énoncées dans la Loi sur les services à l'enfance et à la famille (LSEF), qui établit dans l'article 15 de la Loi, les fonctions d'une société d'aide à l'enfance de la façon suivante :

- a) Faire enquête sur les allégations ou les preuves selon lesquelles des enfants qui ont moins de seize ans ou qui sont confiés aux soins ou à la surveillance d'une société peuvent avoir besoin de protection.

- b) Protéger, en cas de besoin, les enfants qui ont moins de seize ans ou qui sont confiés aux soins ou à la surveillance d'une société.
- c) Offrir aux familles des services d'orientation, de consultation et d'autres services pour protéger les enfants ou pour empêcher que surviennent des situations qui nécessitent cette protection.
- d) Fournir des soins aux enfants qui lui sont confiés à cette fin en vertu de la présente loi.
- e) Exercer une surveillance sur les enfants qui lui sont confiés à cette fin en vertu de la présente loi.
- f) Placer des enfants en vue de leur adoption en vertu de la partie VII.
- g) Exercer les autres fonctions que lui confère la présente loi ou une autre loi.

Les SAE de l'Ontario déploient une stratégie qui vise l'atteinte des solutions plus rapides de placement permanent dans une famille pour les enfants devant être pris en charge par l'État. Cette stratégie vise à augmenter l'efficacité du système de placement en Ontario. On a observé des indicateurs évidents de réussite dans tous ces aspects. Par exemple, le nombre d'enfants ayant été pris en charge par une SAE a diminué pour chacune des cinq dernières années, alors que les besoins en matière de services de protection se sont accrus. Cela témoigne de l'engagement des SAE à travailler avec les familles pour garder les enfants en sécurité dans leur propre foyer (OACAS, 2013).

La protection des enfants, des jeunes et des familles vulnérables est au cœur du travail, de la mission et des valeurs de toutes les SAE de l'Ontario. Plus de 20 000 des 3,1 millions d'enfants de l'Ontario, confrontés à des situations de maltraitance, sont sous la garde des SAE. Cela signifie que tous les jours, 1 enfant sur 155 est pris en charge en Ontario, puisque sa sécurité ou son développement est compromis (OACAS, 2013). Les SAE reçoivent annuellement environ 179 000 appels signalant des cas de maltraitance ou de négligence envers les enfants (OACAS, 2013), dont 85 000 n'ont pas fait l'objet d'un suivi, alors qu'environ 94 500 enquêtes ouvrent sur une mesure de protection (OACAS, 2013).

Un peu plus de 60 % des enfants pris en charge vivent dans des arrangements familiaux nouveaux pour eux, tels que la parenté ou des familles d'accueils. Le reste – le tiers – vit dans des foyers, des établissements de prise en charge, ou de façon autonome.

Les enfants sous la responsabilité des services de protection de l'enfance de l'Ontario dont il est question dans cette étude sont les enfants placés, c'est-à-dire une population d'enfants impliqués dans le dispositif de protection de l'enfance, repérés, observés, pris en charge, assistés et suivis sur une longue période, en familles d'accueil; ce faisant, ce sont les enfants dont la situation est la plus difficile qui retiennent l'attention de cette thèse.

Les décisions de placement reposent sur le fait que les parents ou la famille n'a pas réussi à mettre en place un contexte de développement de l'enfant adéquat (David, 2004), de façon telle que les conséquences possibles sur son développement sont importantes. Cette population d'enfants est donc celle des enfants en danger, c'est-à-dire exposés à des situations difficiles, adverses, parce que maltraités, négligés ou traumatisés (Duburcq *et al.*, 2004).

Ces enfants sont repérés via des signalements qui révèlent leur histoire et leur vulnérabilité, parfois très tôt dans leur parcours existentiel. Le placement se fait dans le but de les protéger, d'améliorer leurs conditions de vie et leur développement. La transition hors de la prise en charge et vers une vie autonome quand ces enfants atteignent l'âge de 18 ans représente un des grands défis à long terme auquel sont confrontés enfants et intervenants des services de protection de l'Ontario.

En Ontario, les enfants placés sont le plus souvent confrontés à plus de difficultés que leurs pairs. Au moment d'être placés définitivement², les enfants en famille d'accueil présentent souvent plusieurs problématiques telles que des retards de développement sur les plans langagier et cognitif (Barber Delfabbro et Cooper, 2001 ; Pears et Fisher, 2005 ; Tarren-Sweeney, 2008). Bien que les résultats puissent varier en fonction de l'outil d'évaluation et du répondant, les données de plusieurs pays tels que le Canada ou le Royaume-Uni indiquent une prévalence de troubles de santé mentale à près de 50% (Ford *et al.*, 2007; Goodman *et al.*, 2004; Meltzer *et al.*, 2003) et la présence de symptômes émotionnels et comportementaux à près de 80% (Goodman *et al.*, 2004 ; Havnen *et al.*, 2009 ; Sempik *et al.*, 2008). Les troubles intériorisés, tels que l'anxiété et la dépression et leurs symptômes associés, sont parmi les plus prévalant : entre 10% et 20% des enfants placés présentent un trouble anxieux ou dépressif diagnostiqué (Goodman *et al.*, 2004 ; Ford *et al.*, 2007) et un nombre plus important encore présente des symptômes émotionnels à des seuils jugés cliniquement importants (Marquis & Flynn, 2009 ;

² Le placement est défini comme l'endroit de substitution où vit un enfant.

Sempik *et al.*, 2008). Au total, 82 pour cent d'entre eux ont des besoins spéciaux diagnostiqués. Les enfants pris en charge ont des difficultés scolaires et des problèmes de santé plus importants que la moyenne, y compris des problèmes de trouble déficitaire de l'attention ou d'hyperactivité, ainsi que des retards de développement. Ils obtiennent leur diplôme d'études secondaires dans une proportion de 44 %, comparativement à 79 % pour les jeunes de la population générale (Keller *et al.*, 2007). Ceux qui passent par des déménagements fréquents en raison de changements de lieu de vie sont plus susceptibles d'avoir des problèmes d'insertion sociale (Bay Consulting Group, 2010).

Les défis qu'ils rencontrent peuvent provenir aussi bien de l'expérience de placement que des suites des raisons initiales ayant motivé leur retrait du milieu familial. Avant d'être placé, l'enfant vit souvent dans un environnement familial propice au développement de troubles intériorisés (Goodman *et al.*, 2004 ; Ford *et al.*, 2007). En effet, vivre avec un parent qui souffre d'un problème de santé mentale ou être exposé à des pratiques parentales inadéquates constituent des facteurs associés au développement de troubles intériorisés (Marquis & Flynn, 2009, Sempik *et al.*, 2008).

1.2. Le processus de placement et les services de protection de l'enfance

Pour se développer, tout enfant a besoin d'être encadré par des adultes qui en prennent soin. Parfois, les difficultés de la famille d'origine sont telles que les parents ne parviennent pas à s'occuper convenablement des enfants ; il arrive aussi que les parents soient décédés. Ainsi, de nombreux enfants ne peuvent bénéficier d'une niche affective parentale bienveillante, en raison de comportements parentaux ou environnementaux toxiques tels que la présence de maltraitance parfois chronique.

En Ontario, quand les parents ne peuvent pas s'en occuper comme il faut, les enfants doivent alors être placés chez d'autres adultes qui acceptent la responsabilité de les prendre en charge. Ces enfants peuvent être placés chez des proches ou dans des familles d'accueil. Un placement peut durer de quelques jours ou semaines à plusieurs années, parfois jusqu'à la majorité de l'enfant, de la fin de ses études ou de l'amélioration de sa situation familiale. Il est

important de noter qu'en Ontario, l'adoption n'est pas considérée comme un placement. Quand des enfants sont adoptés, ils deviennent les fils ou les filles de plein droit de leurs parents adoptifs (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

Une des tâches des professionnels de la protection de l'enfance en Ontario est d'enquêter à la suite du signalement d'une situation présumée de maltraitance. Les enquêtes comprenant des jeunes enfants sont considérées comme des enquêtes à risque élevé. Par conséquent, les intervenants doivent analyser les problèmes de sécurité immédiats et les conséquences à long terme par rapport aux répercussions qu'ont l'intrusion des services publics et la rupture du lien entre l'enfant et les personnes prenant soin de lui. Les enquêtes sur la maltraitance envers les enfants peuvent se solder par trois principaux résultats : l'enfant peut être placé suite à une ordonnance d'un juge qui prend acte des preuves de maltraitements produites par la SAE ; l'enfant peut faire l'objet d'une requête adressée au tribunal de la jeunesse ; les responsables peuvent prendre la décision de fermer le dossier ou de maintenir les services, comme par exemple les services de soutien aux habiletés parentales (Trocmé, et *al.*, 2005).

L'Agence de la santé publique du Canada (2010), à travers l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, dont l'objectif est de fournir des statistiques nationales fiables sur la nature et l'étendue des cas de signalement de violence et de négligence envers les enfants au Canada, a recensé les placements qui ont eu lieu sur l'étendue du territoire Canadien, et de façon spécifique, en Ontario. Les professionnels devaient préciser les types de placement. Dans les cas où il y avait plus d'un type de placement, ils devaient préciser dans quel cadre l'enfant avait passé la plus grande partie de son temps. Les catégories de placement repérées sont :

1) le placement à l'extérieur du foyer, dans la parenté (membre de la famille, famille élargie, et formules prévues par la tradition autochtone), sans que les services de protection de l'enfance n'aient la tutelle temporaire de l'enfant ;

2) le placement sous tutelle en famille d'accueil dans la parenté, lorsque des dispositions ont été prises en vue du placement de l'enfant dans le réseau de soutien familial (membre de la famille, famille élargie). Ici, les services de protection de l'enfance ont la tutelle temporaire ou intégrale de l'enfant et prennent en charge sa pension ;

3) le placement en foyer d'accueil en milieu familial (à l'extérieur de la parenté), qui comprend tout placement en milieu familial, dont les familles d'accueil, les foyers pour traitement spécialisé et les foyers pour évaluation de l'enfant ;

4) le placement dans un foyer de groupe. Ce placement s'effectue en centre de traitement résidentiel ou en milieu fermé lorsque l'enfant doit être placé dans un tel centre afin de traiter des problèmes spécifiques de toxicomanie, par exemple (Trocmé, et *al.*, 2005).

Dans le contexte d'un éventuel placement, la SAE effectue au préalable une étude du milieu familial pour déterminer si l'éventuelle famille d'accueil est apte à accueillir un enfant. Cette étude comprend : une vérification des documents liés à la demande et ses propres dossiers internes ; une visite à domicile ; un rapport d'étude du milieu familial exposant les résultats des vérifications suivantes, ou, s'il y a lieu, les raisons pour lesquelles ces vérifications n'ont pas été faites ; la vérification des antécédents judiciaires ; la vérification des références et des rapports médicaux ; la vérification des dossiers d'une autre SAE, s'il y a lieu. La société d'aide à l'enfance peut choisir ou non de réaliser une étude complète du milieu familial. Dès que le foyer aura été évalué et approuvé, l'enfant y sera placé. Cette évaluation du milieu d'accueil potentiel ne se fait cependant pas explicitement dans la perspective de documenter la présence ou la qualité de tuteurs de résilience, mais on peut penser qu'elle le fait sans le savoir. Il serait d'ailleurs possible de faire évoluer un peu ces évaluations en leur donnant la capacité de caractériser les tuteurs, et peut-être de leur offrir du soutien en la matière.

En vertu de l'article 65.2 de la LSEF, la SAE conclut avec la famille d'accueil une entente de prestation de services de soutien et d'aide financière. Cette entente inclut l'assignation auprès de l'enfant placé d'un ou de plusieurs travailleurs sociaux qui pourront agir avec la famille d'accueil à titre de tuteurs de résilience. Ces derniers ont pour tâche principale de s'assurer du bon développement de l'enfant placé, en lui prodiguant un soutien émotionnel et une surveillance, notamment par l'évaluation annuelle de ressources de placement en famille d'accueil, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de la majorité et, surtout, qu'il atteigne une bonne autonomie, ce qui est un processus graduel (OACAS, 2013).

Confrontés à des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur développement et leur avenir, certains de ces enfants doivent être ainsi accueillis hors de leur famille. Cette décision de retrait de l'enfant du milieu familial cherche néanmoins le maintien de la relation famille-enfant.

Un état des lieux (Trocmé, et *al.*, 2005) du cheminement des enfants placés nous informe quant à leur trajectoire, depuis leur premier accueil jusqu'à leur sortie du dispositif : durée de la prise en charge, durée des différents placements, nombre de placements, lieux de placements, scolarité poursuivie et niveau de qualification atteint, situation personnelle capacité de résilience et d'intégration sociale à l'issue de l'accueil. De telles données sont indispensables pour identifier les points de vulnérabilité et les moments favorables ou critiques du placement. En 2011, l'Enquête Nationale sur les ménages menée par statistiques Canada a dénombré environ 30 000 enfants placés en famille d'accueil au Canada. Ce chiffre se fonde sur un recensement d'une journée qui ne tient pas compte des enfants pris en charge par d'autres structures, comme les foyers de groupe. De plus, les statisticiens rappellent qu'il s'agit d'un sondage volontaire, lequel produit souvent des données moins précises sur les groupes dans lesquels le taux de réponse est faible, comme les Autochtones, les nouveaux immigrants et les familles à faible revenu. Au Canada (comme aux États-Unis d'ailleurs), on préconise une intervention fondée sur la « sécurité de l'enfant ». Ainsi, lorsqu'on juge que la sécurité d'un enfant est compromise, on retire celui-ci de son milieu familial. Les services d'aide à l'enfance s'appuient sur les familles d'accueil et d'autres structures pour prendre en charge les enfants temporairement jusqu'à ce que le risque d'agression ou de négligence disparaisse. Or avec le nombre actuel d'enfants pris en charge, il devient de plus en plus difficile de trouver des structures d'accueil de qualité d'un bout à l'autre du pays. Les parcours des enfants sont fréquemment faits de ruptures qui nuisent à l'efficacité du placement et au développement de l'enfant. Du point de vue de ce dernier, le placement est souvent une parenthèse dans la vie d'un enfant.

Tout placement est obligatoirement précédé d'une évaluation examinant l'état de l'enfant, la situation de la famille et les aides mobilisables dans son environnement (OACAS, 2013). La décision de placement fixe la durée du retrait du contexte familial, retrait qui varie entre quelques jours et plusieurs années. Il peut être modifié et renouvelé à tout moment, à la demande des parents ou de la SAE. Quelle que soit sa durée, il implique de connaître systématiquement et intégralement le parcours des jeunes placés.

Ces enfants sont hébergés en famille d'accueil ou en établissements selon des modalités variables. Le « placement en institution » désigne l'ensemble des structures dans lesquelles les enfants et les jeunes sont pris en charge lorsqu'il apparaît urgent de les soustraire à leur milieu naturel, source de dangers auxquels ils peuvent être exposés (Penwill, 2002). Les modes et les

rythmes d'accueil ont été diversifiés par des dispositions nouvelles de la LSEF, afin de les rendre plus souples et plus adaptés aux besoins des enfants et de leur famille et ainsi limiter les changements et les ruptures préjudiciables à l'équilibre de ces jeunes fragilisés. De tels changements de perspective et de pratiques se font progressivement (Myers, 2010). Des données provinciales récentes indiquent que le Canada compte l'un des taux de placement en famille d'accueil les plus élevés au monde (Trocmé, 2011)³.

Il ne faut pas perdre de vue que ce dispositif est complexe et qu'il est parfois difficile pour le jeune et sa famille de s'y repérer. Le placement peut contribuer à fragiliser davantage un parcours parfois émaillé de ruptures. Permettre aux enfants et aux familles de connaître et d'exercer leurs droits limite les risques de fragilisation, notamment en leur proposant des espaces de ressources et d'accompagnement. Qualifiés de « patates chaudes » par plusieurs, ces enfants en besoin de protection ont eu un « parcours fracassé » tant des points de vue psychologique que social, accumulant de quatre à 10 placements, parfois plus, dans des structures diverses ; presque tous sont passés par la pédopsychiatrie.

Les compétences du personnel qui œuvrent auprès de ces enfants tout au long de leur parcours sont très diversifiées. La moitié du personnel exerce des fonctions éducatives, pédagogiques et sociales. Outre la direction de la structure, on compte des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, des psychologues et psychomotriciens, des pédopsychiatres, des agents de service, des travailleurs sociaux, des professionnels du secteur médical et sanitaire, des enseignants, des animateurs de loisirs et sportifs, ainsi que des personnes non professionnelles, tels que des bénévoles intervenant pour des activités de soutien scolaire ou du personnel administratif, par exemple.

Dans cet ordre d'idées, le travailleur social, et ces autres tuteurs de résilience potentiels, mènent des actions, interviennent de différentes façons pour favoriser par la mise en œuvre de méthodes et de techniques pédagogiques et sociales diverses ce que nous nommons le processus d'activation de la résilience. Le tuteur partage donc avec l'enfant maltraité, diverses situations de sa vie quotidienne, soit au sein d'un établissement ou d'un service, soit dans le milieu naturel ou substitut de vie, par une action continue ou conjointe avec le milieu.

³ Selon une étude menée en 2011, intitulée : « Violence et négligence envers les enfants », publiée par le *Portail Canadien de la recherche en protection de l'enfance*.

1.3. Fonction des travailleurs sociaux dans ce contexte

Il est attendu dans ce contexte que les professionnels, et plus spécifiquement les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales, développent et fassent usage de leurs compétences afin de favoriser le processus d'autonomisation des enfants maltraités en ayant pleine conscience de la grande diversité des paramètres qui conditionnent la situation de l'enfant. Ces professionnels mènent leurs actions en fonction des ressources actuelles des personnes, mais aussi du contexte institutionnel et légal, de l'exercice du mandat social qui leur est confié, et en appui sur une éthique professionnelle. Ils veillent à adapter ces compétences et connaissances, ainsi que leurs moyens d'intervention en fonction de nouvelles problématiques (formation continue, exploitation de recherches). De plus, ils collaborent avec d'autres professionnels et institutions.

Dans ce contexte spécifique, le professionnel est une des personnes adultes qui passent le plus de temps auprès de l'enfant en protection. Il est attentif à chaque modification de sa situation générale et de son comportement spécifique, afin de suivre de près son évolution. Cela lui permet de communiquer ces changements éventuels à une équipe pluridisciplinaire. Le travailleur social est alors le lien significatif entre l'institution, dans ce cas la SAE, et l'enfant. Il a aussi un rôle important à jouer avec la famille. Il est à son écoute et l'informe s'il y a un changement favorable ou défavorable.

Accompagner l'enfant maltraité, c'est essentiellement s'engager dans une relation interpersonnelle avec lui afin de l'aider à atteindre la satisfaction optimale de ses besoins physiques, psycho-sociaux, compte tenu, d'une part, des ressources et des contraintes de son environnement et, d'autre part, compte tenu des ressources et des limites du système de protection de l'enfance. L'enfant évolue au gré de ces rencontres et de ces échanges émotionnels. Il est sculpté par les interactions avec la famille, les tuteurs, la culture ambiante, etc. A l'inverse, sans lien significatif, l'enfant ne se développe pas. D'un point de vue neurologique, son cerveau reste en quelque sorte figé. Les enfants livrés à eux-mêmes dans les tristement célèbres orphelinats roumains de l'ère Ceausescu étaient victimes d'atrophie de certaines zones cérébrales. Placés dans des familles d'accueil sécurisantes, leur cerveau se reconstruisait (Dumaret, 2011).

La construction de liens sociaux facilitée par l'intervention des travailleurs sociaux est unanimement considérée comme déterminante pour le développement de l'enfant et de sa capacité de résilience. En effet, il a besoin de se sentir protégé et assuré d'un soutien stable et rassurant apporté par un adulte significatif pour lui (« la figure d'attachement »). La force de cette relation sécurisante ouvre l'enfant sur le monde grâce aux diverses découvertes, aux rencontres nouvelles, aux apprentissages de toutes sortes et aux explorations qu'il peut entreprendre. Les enfants qui ont une relation sécurisante avec leur entourage font preuve en grandissant de plus de curiosité pour le monde extérieur, de plus d'aisance dans les relations sociales et ont plus de ressources personnelles (Bowlby, 1969 ; Pommereau, 1997 ; Ainsworth et al., 1978).

Les travaux et observations menés par plusieurs chercheurs (David, 2004 ; Guedeney, 2000 ; Doucet, 2002 ; Dumaret, 2011) auprès d'enfants séparés de leur mère mettent beaucoup d'emphasis sur le rôle des travailleurs sociaux dans l'amélioration continue des conditions de placement et d'accueil de l'enfant. Ces travaux suggèrent fortement, en observant le développement de l'enfant et les liens qu'il tisse avec les travailleurs sociaux, de mettre en évidence les effets néfastes qu'ont sur eux les insuffisances de soins et d'attention parentales, les séparations précoces, et d'alerter sur de tels risques. Ainsi, le travailleur social doit demeurer très conscient du fait que l'enfant, dans sa façon de percevoir et d'interpréter la réalité, comme dans ses comportements affectifs, intellectuels et sociaux, se voit marqué profondément et durablement par ses expériences (Tursz, 2013 ; Tisseron, 2008 ; Suard, 2007).

Les travailleurs sociaux, travaillent auprès des enfants tout au long du cheminement de ces derniers, dans le but de les sécuriser, en prenant le temps de les remobiliser et de renforcer leur estime de soi. Ces enfants se voient aussi proposer des activités qu'ils peuvent partager, comme par exemple des ateliers d'esthétique, d'informatique, de vidéo, et même de cuisine. Ces activités sont des occasions pour les travailleurs sociaux de les rencontrer sur un autre mode.

Pour les travailleurs sociaux, la valorisation des rôles sociaux revêt une importance capitale dans la construction de l'estime de soi de ces enfants (Masten, 2001). Dans le cadre de cette valorisation, chaque événement (arrivée, départ, anniversaire, retour de fugue, etc.), est souvent une occasion pour le travailleur social de montrer à l'enfant que ce dernier a sa place et son importance au sein de son environnement. Quelques-uns suivent une scolarité adaptée ou entrent en stage professionnel auprès d'un organisme local, ce qui est aussi une façon pour eux

de nouer des contacts avec leur environnement. Les SAE, et spécifiquement les travailleurs sociaux, en collaboration avec la famille d'accueil, s'assurent pour chaque enfant placé à moyen ou à long terme, de mettre en branle un processus de formation pratique, en vue de la vie autonome, et évalue systématiquement ses progrès de façon à favoriser la réussite de la transition vers l'âge adulte (Myers, 2006).

Dans leur fonction en tant que travailleurs sociaux, ils tiennent compte du fait que le respect est dû aux droits de l'enfant, à sa personne, à sa parole, à la préparation de son avenir, de sa sortie du système, sans négliger les liens particuliers qui l'unissent à ses parents et à ses proches. Cette exigence partagée par l'ensemble des acteurs impliqués peut se trouver freinée par des obstacles matériels, des lourdeurs et pratiques tant administratives que fonctionnelles, malgré l'énergie et le professionnalisme déployés par les intervenants.

Au terme du placement, les travailleurs sociaux s'assurent que ces enfants prennent souvent une orientation de vie quasi autonome. Le placement vise le soutien à l'intégration sociale pour les enfants vivant en familles d'accueil. Le but premier du travailleur social est d'outiller ces jeunes à se préparer à la vie autonome en prévision de leur majorité, ce qui requiert de soutenir les familles d'accueil qui les hébergent (Dumaret, 2011). Ces enfants sont des révélateurs de situations complexes, parfois catastrophiques, de deuils non résolus, de carences, de violences subies, de troubles non dépistés, que les travailleurs sociaux doivent identifier et comprendre en évitant le piège de la spirale interactive de la violence pour soutenir l'enfant dans son développement, sa relation avec ses parents et son entourage. D'où l'importance de bien comprendre le contexte historique qui précède le placement.

La formation initiale des travailleurs sociaux ontariens ne comprend pas de cours spécifique sur la résilience chez les enfants en bute à la maltraitance. Cela n'empêche qu'ils jouent un rôle important dans le processus d'activation de la résilience.

1.4. La maltraitance, contexte historique

Tout au long de l'histoire de l'humanité, des enfants ont été tués, mutilés, abandonnés, négligés, exploités et ont fait l'objet de maltraitements sexuelles. Dans son article intitulé : « Our

forebears made childhood a nightmare », DeMause écrit : « de l'infanticide de l'Antiquité à la manipulation du 19e siècle, le dossier sur les soins prodigués aux enfants est sanglant, sale et méchant » (1975, p.1). Dans cette étude, il révèle non seulement que le mauvais traitement des enfants a toujours existé, mais qu'il était à certaines époques socialement acceptable. Cette même étude démontre également que l'assassinat, la mutilation et l'esclavage des enfants n'étaient pas des phénomènes cachés. Jusqu'au 19e siècle, et même au 20e siècle, les enfants étaient considérés comme des biens ; ils étaient la propriété de leurs parents qui, à ce titre, pouvaient en disposer à leur guise (DeMause, 1975).

La bible, dans l'Ancien Testament, renseigne sur la façon dont on sacrifiait les enfants pour en faire des offrandes. Abraham, par exemple, s'apprêtait à sacrifier son fils Isaac à Dieu, qui a arrêté l'assassinat non pas parce que ce geste était mauvais, mais parce que l'intention de ce sacrifice était suffisante pour lui prouver le dévouement d'Abraham. Cet exemple démontre le droit du père sur la vie ou la mort de ses enfants.

Une étude de Tardieu (1968) révèle que, durant l'Antiquité, l'infanticide est pratiqué d'une façon systématique pour se débarrasser des enfants non désirés (non planifiés, illégitimes) ou ne correspondant pas aux attentes des parents (handicapés, de sexe féminin). La première loi pour interdire cette pratique est promulguée en l'an 374, établissant qu'un infanticide correspond à un meurtre. Malgré tout, l'infanticide demeurera un phénomène relativement important jusqu'au 20e siècle, c'est-à-dire jusqu'à l'avènement de moyens de contraception efficaces et d'une plus grande disponibilité de l'avortement (DeMause, 1975).

Bien plus tard, au temps des Romains, la loi reconnaissait le pouvoir absolu aux pères (*pater potestas*). Ils pouvaient vendre, abandonner, tuer, offrir en sacrifice leurs enfants ou en disposer comme ils l'entendaient. Ce droit se basait sur le principe d'Aristote que « la justice d'un maître ou d'un père est différente de celle d'un citoyen, car un fils ou un esclave est une propriété et on ne peut pas être injuste envers sa propriété » (Russell, 1969, p. 2).

La position de l'État en la matière était donc très claire : la famille était une unité autonome et l'État ne pouvait intervenir dans les affaires domestiques. « Le principe voulant qu'on ne peut pas être injuste envers sa propriété permet encore le mauvais traitement des enfants et le sanctionne en le déguisant en punition. » (Van Stolk, 1974, p. 262). Il est important de noter que cette vision de la relation enfant-parent est propre à la société occidentale. En effet, nous avons hérité principalement de la culture judéo-chrétienne et nous ne pouvons pas déclarer

de manière catégorique qu'elle est universelle dans l'histoire de toutes les relations enfants-parents.

Dans le monde occidental, les pères avaient le contrôle absolu de la destinée de leurs enfants, au moins jusqu'au 15^e siècle, quand les *Elizabethan Poor Laws* donnèrent au gouvernement britannique le droit légal d'intervenir dans les questions familiales. C'est alors qu'est apparue la doctrine du *parens patriae*, qui proposait que les enfants puissent être retirés de la garde de leurs parents naturels et confiés aux soins de l'État lorsque les parents étaient « jugés indignes ou incapables d'éduquer leurs enfants » (Giovannoni et Bercerra, 1979, p. 4). Cependant, à cette époque, le gouvernement britannique se souciait plutôt du soin des enfants dont les parents étaient trop pauvres pour les nourrir, les vêtir ou les loger. Ainsi, lorsque des parents étaient déclarés incapables de prendre soin de leurs enfants, ceux-ci étaient placés dans des établissements ou comme apprentis. Les enfants payaient donc pour les péchés de pauvreté de leurs parents en étant obligés de travailler dans des usines ou des fermes. Une lecture d'*Oliver Twist* de Dickens (1893) permet de constater que, dans l'Angleterre du 19^e siècle, le fait d'être à la charge de l'État ne garantissait cependant pas de meilleurs soins à l'enfant.

Même si le gouvernement britannique de l'époque avait fini par prendre des mesures pour intervenir dans les questions familiales, une étude de Margaret Lynch (1985), intitulée « Child abuse before Kempe : An historical literature review », propose que la cruauté envers les enfants ne fût pas perçue comme un phénomène clairement défini. Selon cette étude, même si les médecins avaient observé et rapporté dans des articles des cas de mauvais traitements, ceux-ci n'étaient pas problématisés comme tels. Les médecins voyaient des fractures multiples ou répétées, mais plutôt que de soupçonner un mauvais traitement, ou ne voulant pas croire que les pourvoyeurs de soins aient pu blesser l'enfant, Lynch rapporte « qu'ils n'avaient pas d'explication, on attribuait la faute à une maladie [comme le] rachitisme des os » (Lynch, 1985, p. 9). Une telle description montre comment les médecins de l'époque ne pouvaient révéler le mauvais traitement de l'enfant, et refusaient d'admettre qu'il s'agissait d'un fait social.

Au début du XX^e siècle, la situation des enfants maltraités au sein de leur famille demeurait encore en partie dans l'ombre. En 1929, une analyse de 1 937 cas de maltraitances physiques, suffisamment sévères pour avoir fait l'objet d'une accusation en Cour d'assise, fut publiée en France sans attirer l'attention (Parisot et Caussade, 1929).

Bien que le problème n'ait pas été reconnu comme tel au début du 20^e siècle, la maltraitance des enfants suscita malgré tout quelques interrogations au point où on se demanda si les parents en prenaient soin comme ils le devaient (Ariès, 1960). À court terme, on observa très précocement, dès la maternelle, des enfants tristes, repliés sur eux-mêmes ou développant des comportements d'agressivité ou antisociaux. À plus long terme, on retrouva des enfants aux comportements agressifs (souvent contre eux-mêmes) et de délinquance. C'est l'étude de Pholf (1977), « The discovery of Child abuse », qui a permis de comprendre que dans un certain nombre de cas, la maltraitance infantile existait véritablement dans la culture occidentale.

Le cas de Mary Ellen, selon plusieurs chercheurs (Myers, 2006 ; Levine et Levine, 1992 ; Kempe 1978 ; Kempe et *al.*, 1962), marque le début de l'aide à l'enfance en Amérique du Nord. Cette fillette de dix ans, battue presque chaque jour, fut découverte en haillons, prisonnière d'un appartement dont elle ne pouvait sortir que la nuit. Dans sa famille, Mary Ellen était traitée cruellement, battue, enfermée pendant des heures et privée de nourriture. Lorsqu'une assistante bénévole essaya d'intervenir, elle découvrit aussi l'absence de loi pour protéger les enfants. Incapable de la protéger elle-même, la femme qui la trouva la remit à la Société américaine pour la prévention de la cruauté envers les animaux (ASPCA), fondée par Henry Bergh en 1868 pour protéger les animaux agressés par des propriétaires cruels. À son tour, Bergh s'adressa à un ami travaillant dans le domaine légal. Moins de 24 heures plus tard, elle fut retirée de la maison et placée dans un orphelinat, et il en résulta que les pourvoyeurs de soins furent accusés et obligés de comparaître en cour.

Le cas de Mary Ellen a attiré beaucoup d'attention de la part des media et a suscité la fureur du public envers la cruauté dont sont victimes les enfants. « Le cas de Mary Ellen a constitué le premier jalon qui a présidé à la création, en 1875 aux États-Unis, de la *New York Society for the Prevention of Cruelty to Children (NYSPCC)* » (Cohen, 1958, p. 68–69). Aux États-Unis, le rôle de serviteur obéissant et sans aucun droit était sans conteste attribué à l'enfant jusqu'à ce que soit révélé le cas de Mary Ellen McCormack, en 1874.

Après avoir secouru cet enfant, le défenseur de la protection des animaux Henry Bergh et le procureur Elbridge Gerry ont déploré le fait qu'aucune agence gouvernementale ou organisation non gouvernementale n'était responsable de la protection de l'enfance. Bergh et Gerry ont décidé de créer une société de bienfaisance non gouvernementale consacrée à la protection de l'enfant. Ainsi est né en 1875 la *Society for the Prevention of Cruelty to Children*

(SPCC), première entité au monde entièrement consacrée à la protection de l'enfance. Gerry est devenu le président de la SPCC et a servi à ce titre durant plusieurs années, tout au long du 20ème siècle (Myers, 2006 ; Levine et Levine 1992). Cette organisation était une organisation non-gouvernementale.

La société américaine a relativement tardé à protéger les droits des enfants par une action publique. En 1962, le pédiatre américain Henry Kempe publie dans *The Journal of the American Medical Association* un article sur « le syndrome de l'enfant battu ». À partir de ce moment, le milieu médical et, par la suite, la société toute entière, ont été sensibilisés à la maltraitance des enfants, un problème de santé publique universel d'une ampleur jusque-là insoupçonnée. Ce mouvement favorisa l'émergence du système public d'aide à l'enfance. L'identification de ce syndrome constitue un changement important ayant facilité la tâche aux intervenants de l'époque, en leur permettant de mieux cibler les cas de maltraitance jusque-là niés par des parents ou d'autres adultes en charge de l'enfant (Bala et al., 2004). Au milieu des années 60, on a établi le « Child Abuse Registers » dans plusieurs juridictions nord-américaines, dans le but de ne pas perdre de vue les maltraitants et les victimes, tout en facilitant la détection de ces derniers (Bala et al., 2004).

Un peu plus tard, en 1977, le Québec adopte une loi sur la protection de la jeunesse (Trépaner et Tulkens, 1995). Durant la fin des années 70 et le début des années 80, il y a eu une campagne de sensibilisation contre la maltraitance sexuelle. Durant cette période, plusieurs cas ont été dévoilés partout au Canada. Le nombre de dévoilements a continué à grimper jusqu'à récemment. Les mères célibataires ont reçu plus de soutien social et financier que dans le passé (Bala et al., 2004).

En quelques années, diverses formes de mauvais traitements envers les enfants sont mises en lumière : sévices physiques, sexuels, psychologiques, négligence et exploitation au travail. Sous la pression de l'opinion publique, des lois obligeant le signalement des situations de maltraitance sont votées d'abord aux États-Unis, puis dans plusieurs pays, dont le Canada. Depuis lors, les statistiques de signalements aux agences de protection ont augmenté de manière exponentielle (Myers, 2006 ; Levine et Levine 1992 ; Kempe 1978 ; Kempe et al., 1962).

Avant ce mouvement international de promulgation de lois de protection de l'enfance, la responsabilité de la protection de l'enfant était confiée presque entièrement à des organismes privés. Le service rendu était superficiel, de mauvaise qualité, et la majorité de la population des

enfants n'y avait pas accès dans de nombreux endroits. « L'idée selon laquelle les organismes publics doivent assurer protection des enfants est devenue de plus en plus acceptée » (Falconer, 1935, p. 65). La lutte contre la maltraitance par la protection des enfants relève aujourd'hui du domaine public, ce qui concerne de près le travail social, assisté par la police, les organismes de santé mentale, la médecine, les soins infirmiers, le droit et le système éducatif.

Au cours des deux dernières décennies, un ensemble considérable de recherches a élargi la connaissance sur les résultats du cheminement des enfants dans le système de protection à l'enfance. Bien qu'il n'y ait que peu de données longitudinales, un constat amer a émergé. La plupart des enfants placés sont confrontés à des situations de maltraitance graves au cours de leur transition à l'âge adulte (Tursz, 2013 ; Ungar, 2004 ; Werner 1993 ; Hurley *et al.*, 2003 ; Turpel-Lafond, 2006). Ce constat montre l'ampleur et la complexité d'une stratégie publique de protection de l'enfance.

1.5. La province de l'Ontario, pionnière en matière de protection de l'enfance

Jusqu'en 1874, il y avait deux options de services pour les enfants ontariens maltraités ou orphelins : une condamnation pénale ou l'apprentissage en échange d'un travail de l'enfant. Le gouvernement provincial a alors accepté la responsabilité directe de la prestation de services à l'enfance par un financement public (OACAS, 2012). Au Canada, cette loi est la première législation touchant la protection de l'enfance. En 1888, la loi pour la protection et la réforme des enfants négligés a donné une plus grande visibilité aux services pour les enfants offerts par les organismes de bienfaisance, avec l'appui du gouvernement. Les foyers d'accueil ont été introduits en guise d'alternative aux institutions asilaires. J.J. Kelso, journaliste au *Toronto Globe*, a joué un rôle clé dans la promotion de la protection des enfants à cette époque. Par ses articles, il a réussi à sensibiliser le public au malheur des enfants négligés et abandonnés, ce qui a incité le gouvernement de l'Ontario à établir la première SAE au Canada en 1893 (Trépaner et Tulkens, 1995). Le réformateur J.J. Kelso a continué sa lutte contre la maltraitance des enfants en faisant adopter une loi en 1893, donnant ainsi le pouvoir aux SAE de retirer un enfant en danger de son milieu familial et de devenir son parent légal, si le besoin le justifiait. Ils ont du

même coup reçu le droit d'obtenir des subventions auprès des municipalités, afin de s'occuper des enfants qui sont sous leurs responsabilités.

Le gouvernement de l'Ontario a été l'un des premiers au monde à se doter, dès 1978, d'un programme d'intervention en faveur des enfants confiés aux soins de l'État. Le programme ontarien faisait figure de modèle pour le monde entier à ce moment. Depuis, toutes les autres provinces au Canada, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick, ont fait de même, ainsi que de nombreux pays étrangers. De plus, plusieurs provinces canadiennes ont réexaminé et profondément modifié leurs programmes ces dernières années (à savoir le Québec, l'Alberta, la Colombie-Britannique, ainsi que Terre-Neuve et Labrador).

Aujourd'hui, l'autorité parentale doit être exercée dans les limites de la raison et de l'humanité prescrites par la loi. Les parents sont juridiquement responsables de la garde de leurs enfants, mais cela se fait sur la présomption naturelle que les enfants sont correctement pris en charge. Mais chaque fois que le pourvoyeur de soins est coupable de mauvais traitements, la Cour interfère et peut aller jusqu'à priver ce dernier de la garde de ses enfants (OACAS, 2012 ; Swift, 1995).

1.6. Une pratique de protection de l'enfance allant de la sécurité vers le bien-être des enfants

L'idée de protection nous renvoie à la sécurité, à un agir menant à plus de sécurité, tout en restant toujours en tension avec un danger potentiel. Pour prévenir le développement de la délinquance juvénile et donc pour protéger la société, « il est nécessaire que l'État, par l'entremise du juge, se substitue aux parents » (Youf, 2011, p.8). Au-delà de cette recherche d'un état stable de sécurité sans danger ou presque, Youf (2011) considère que : « Sa finalité (la Protection de l'Enfance) n'est pas seulement de protéger l'enfance malheureuse, maltraitée, mais de lutter contre l'enfance inadaptée.

S'il est souvent évoqué la protection vis-à-vis des mauvais traitements, une grande majorité des cas, les auteurs de ces actes sont des membres de la famille proche. Ainsi, le ou les parents vont être désignés comme étant dans l'incapacité de protéger leur enfant. Si ces parents peuvent être un des acteurs de la mise en danger de l'enfant cependant, ils n'en sont pas les

uniques responsables (OACAS, 2012 ; Swift, 1995). D'où le paradigme changeant dans les pratiques de protection de l'enfance allant de la sécurité vers le bien-être des enfants, dans le but de soutenir la condition parentale (Jesu & Le Gal, 2014).

En visant le bien-être de l'enfant, il s'agirait non seulement pour la protection de l'enfance de prendre en compte, mais de chercher à agir sur des éléments contextuels tels que le logement, l'environnement du lieu de vie, les conditions matérielles d'existence, le réseau de socialisation, la famille élargie, l'état de santé, bref, le développement positif de l'enfant. D'autant que dans certaines conditions, conjuguant précarité et misère sociale, l'éducation des enfants est bien plus complexe qu'elle n'est l'est dans des contextes socialement plus favorisés (Delay, Frauenfelder et Shulteis, 2007).

Au fil des législations, (Jesu & Le Gal, 2014) les façons de concevoir des franges de l'enfance visées ont pu varier, qualifiée comme étant tour à tour possiblement moralement abandonnée, irrégulière, dangereuse, inadaptée, maltraitée ou encore en (risque de) danger... L'édifice Protection de l'Enfance a évolué au gré des différentes lectures de l'enfance par le prisme social (Youf, 2011). Ses contours se sont régulièrement redessinés jusqu'à sa redéfinition récente dans la loi du 14 mars 2016, dans son article 1er : « La Protection de l'Enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. » Ainsi il s'agit de faire l'équilibre entre les besoins fondamentaux de l'enfant avec la notion de développement positif devant être soutenu (Youf, 2011; Jesu & Le Gal, 2014).

1.5. La maltraitance, ampleur du problème

« La maltraitance doit être reconnue pour ce qu'elle est : un important problème sociétal et de santé publique » (Tursz, 2013, p. 43). C'est un phénomène d'une énorme ampleur, dont on parle cependant dans les media et le public essentiellement sous l'angle du fait divers. L'importance de ce problème est renforcée par le fait que les professionnels sont mal armés pour résoudre des questions de fond telles que : comment définir et repérer la maltraitance ? Comment

évaluer la gravité des situations rencontrées ? Qu'attendre de la famille d'un enfant soupçonné d'être victime de mauvais traitements ? Comment trouver de l'aide auprès de professionnels d'autres secteurs que le sien ? Comment suivre un enfant objet d'une mesure (et éventuellement séparé de sa famille) et évaluer les bénéfices ou inconvénients des actions entreprises ? Comment réduire les effets délétères durables chez l'enfant de son exposition à la maltraitance (Tursz, 2010).

Bien que l'on puisse penser qu'il serait possible d'identifier assez aisément toutes les situations de maltraitements physiques des enfants, tel n'est pas le cas. Plusieurs raisons expliquent cette réalité : il y a en ce moment une carence en matière de statistiques canadiennes fiables sur les décès des enfants causés par les mauvais traitements et la négligence. Cela complique l'analyse des situations. Par exemple, plusieurs blessures qui résultent de maltraitements physiques peuvent aussi être le résultat d'un accident. Prenons l'exemple d'un enfant de cinq ans qui se présente à l'hôpital avec un bras fracturé. Il est possible et plausible que l'enfant se soit fracturé le bras suite à une chute, autant qu'il est possible que le parent lui ait tordu le bras. Christianson-Wood et Murray (2003)⁴ constatent la difficulté de connaître précisément les taux de mortalité et de blessures liés à la maltraitance.

Selon une étude menée par Hodgkin et Newell pour l'UNICEF en 2010, deux enfants meurent chaque semaine de maltraitements physiques en Allemagne, trois par semaine en Angleterre et 27 par semaine aux États-Unis. L'étude ajoute que, sur le plan mondial, 80 % des agresseurs sont les parents biologiques des enfants (Hodgkin et Newell, 2010). Il est estimé que 1 490 enfants ont été tués en 2004, selon les données les plus récentes. Des études réalisées par Bagley (2012) estiment que 50 à 60 % des cas de mortalité liés à la maltraitance ne sont pas classés comme tel. Ainsi, comme c'est le cas pour le taux d'incidence des mauvais traitements des enfants, les données sur le taux de mortalité ne sont que la pointe de l'iceberg. Il est probable que de nombreux décès d'enfants sont officiellement déclarés comme le résultat, à tort, d'un accident ou d'une maladie. Bagley rapporte qu'il existe des preuves palpables montrant que « la mort de nourrissons et d'enfants classée comme accidentelle peut avoir résulté de suffocation provoquée avec la main, un oreiller ou un sac de plastique » (2012, p. 3).

⁴ À travers leurs enquêtes sur le décès d'enfants et la collecte de données sur la mortalité juvénile au Canada.

L'Étude d'Incidence Canadienne (Trocmé *et al.*, 2008) révèle que le taux de maltraitance a augmenté de plus de 50 %, passant de 9,21 cas avérés sur 1 000 en 1998 à 14,19 en 2008. Cette même étude montre que le taux de négligence a quasiment doublé alors que celui portant sur l'exposition à la violence conjugale a plus que triplé. Ces augmentations s'expliquent notamment en raison d'une meilleure prise de conscience de la maltraitance envers les enfants par les professionnels, dont la police, les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux et les enseignants, de qui proviennent 90 % des signalements (Trocmé *et al.*, 2008).

La maltraitance des enfants représente donc un problème ayant de graves conséquences, parfois à vie, sur ceux qui en sont victimes (OMS, 2006). Même si, tel que les écrits scientifiques l'indiquent, les enfants du 21^e siècle sont mieux protégés par l'État qu'ils ne l'étaient auparavant, ils sont néanmoins encore victimes de mauvais traitements de la part de leurs parents naturels ou de leurs pourvoyeurs de soins. Idéalement, l'enfance devrait être synonyme d'amour parental, de protection familiale, de joie, des premières découvertes, d'univers ludiques, d'apprentissage d'une vie harmonieuse en société. Pourtant, pour des milliers d'enfants à travers le monde, elle n'est ou ne sera qu'un triste et sombre souvenir de conditions de vie difficiles, qu'il leur faudra essayer d'atténuer ou d'effacer, une fois devenus adultes.

Selon le Ministère de la justice du Canada (2013), il y a maltraitance lorsqu'un membre de la famille ou une personne que l'on fréquente nous fait du mal physiquement, sexuellement, psychologiquement ou financièrement, incluant parfois de la négligence. L'agresseur, se servant de son autorité sur sa victime, se sert de son pouvoir pour assouvir ses pulsions. Cette conception de la maltraitance converge avec celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2006), qui met l'emphase sur les effets délétères directs de la maltraitance sur le développement de l'enfant.

La maltraitance envers les enfants est un problème de santé important qui affecte plus de 85 000 enfants annuellement au Canada (Trocmé, 2011). Les organismes de protection de l'enfance aux États-Unis reçoivent plus de trois millions de signalements de violence par année, mais ils ne mènent une enquête que pour environ les deux tiers d'entre eux (Tumlin et Geen, 2000). Après enquête, une minorité de rapports mènent à la confirmation de la maltraitance, et les traitements efficaces pour l'enfant et la famille sont trop limités (Gilbert *et al.*, 2009). À n'importe quel moment, plus d'un demi-million d'enfants américains se retrouvent en foyer d'accueil et, annuellement, plus de 800 000 enfants transitent par le système d'accueil, dont près

de 30 000 quittent ce système sans avoir noué une relation familiale durable (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Malgré des efforts majeurs annuellement déployés par les services de protection de l'enfance pour intervenir auprès des familles maltraitantes et pour les placements en milieu familial, il y a encore des enfants maltraités qui échappent à la vigilance des services de protection de l'enfance, de l'aide sociale, de la police, des enseignants, des milieux médicaux, de qui proviennent principalement les signalements. La loi sur la protection de l'enfance ne suffit donc pas pour les protéger, ni pour pleinement faciliter leur développement en dépit de la maltraitance. Berridge (2007) souligne que les études qui se centrent essentiellement sur la protection de l'enfance (*child welfare studies*), étant donné, entre autres, leur mode de financement, ne répondent souvent pas à l'objectif premier des sciences humaines et sociales qui est de générer des théories ou de proposer des façons d'expliquer ou d'interpréter les phénomènes humains et sociaux. De plus, les interventions axées sur le développement des capacités de résilience dans le cadre de la protection de l'enfance restent en grande partie manquantes et non prouvées (Belsky, 1993 ; Kaufman et Zigler, 1987 ; Langeland et Dijkstra, 1995 ; Olivier, 1993 ; Green ; 2004).

1.6. Diverses formes de maltraitance

C'est par le biais de l'identification du phénomène de l'enfant battu précédemment mentionné que les mauvais traitements infligés aux enfants ont été reconnus. En fait, la question du mauvais traitement des enfants était axée à l'origine seulement sur les jeunes enfants qui subissaient des sévices physiques, alors que, de nos jours, le regard s'est élargi à quatre catégories de maltraitance :

- 1) les mauvais traitements physiques;
- 2) les maltraitances sexuelles;
- 3) les maltraitances psychologiques;
- 4) la négligence.

Dans la littérature scientifique existante sur la maltraitance envers les enfants, l'expression mauvais traitements psychologique est parfois utilisée de manière interchangeable avec celle de violence psychologique. Les deux termes désignent la même chose. Dans la présente étude, lorsque nous parlons de maltraitance des enfants, nous faisons généralement référence à ces quatre principales formes de mauvais traitements, d'ailleurs présentes dans la plupart des définitions légales.

Dans les premiers articles portant sur les mauvais traitements des enfants, les termes « maltraitements physiques » et « mauvais traitements » étaient utilisés de façon interchangeable. Certains auteurs (Davies, 2004 ; Sullivan, 2000) utilisent le terme « mauvais traitements des enfants » lorsqu'ils parlent plus spécifiquement de « maltraitements⁶ physiques ». Ce manque de distinction peut compliquer la démarche de différencier clairement chaque forme de mauvais traitements. Frapper un enfant et négliger les besoins d'un enfant sont deux comportements différents. Il peut y avoir des points communs, mais pour bien comprendre le phénomène de l'enfance maltraitée, il est important de se pencher sur le caractère distinct de chacun des comportements de maltraitance.

1.6.1. Les mauvais traitements physiques

Les mauvais traitements physiques se traduisent par toute forme de violence ou d'action physique délibérée, perpétrée par un parent ou une personne prodiguant des soins, et qui entraîne, ou peut entraîner, des lésions pour l'enfant. La violence physique s'observe empiriquement par des ecchymoses, des coupures, des coups, des gifles, des brûlures, des morsures ou encore par le fait de secouer l'enfant. L'utilisation de ceinture, de bâton et d'autres objets pour punir un enfant peut causer de sérieuses blessures et peut aussi être considérée comme des mauvais traitements.

⁶ Sous l'influence de l'anglais (*Child abuse*), le terme abus eut une grande audience. Mais en français, on abuse de bonnes choses, trop de vin, trop de sucreries. En ce sens, en français du moins, on ne peut abuser d'un enfant. Pour cette raison, nous privilégions le terme maltraitance. Contrairement à l'usage de l'alcool, il n'y a pas de seuil permis quand on tripote un enfant.

Les mauvais traitements physiques sont principalement le résultat d'actes commis plutôt que des actes d'omission. Ceci signifie que les blessures sont infligées et ne résultent pas d'un manque de soins adéquats. Bien que l'évidence de leur présence puisse a priori se montrer facilement observable, les maltraitements physiques sont néanmoins complexes et pas toujours facile à détecter (Elmer, 1966 ; Hill, 2002).

De plus, il est important de mentionner que les enfants peuvent souffrir souvent physiquement de négligence de la part de leurs pourvoyeurs de soins, même si la négligence est caractérisée par des actes d'omission. Dans les écrits scientifiques récents, certains auteurs ne font pas cette distinction entre maltraitance physique et négligence (Malo et *al.*, 2001 ; Sullivan, 2000 ; Berger, 2008). L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé, 2011) révèle que les maltraitements physiques infligés aux enfants provoquent diverses blessures dont les principales sont : les blessures cutanées et sous-cutanées ; les brûlures ; les blessures au visage ; les lésions crâniennes et au système nerveux central ; les blessures de la cage thoracique ; les blessures abdominales ; les blessures osseuses ; l'empoisonnement⁷.

Les blessures cutanées sont les plus communes. À première vue, elles ne diffèrent pas de celles résultant d'un traumatisme accidentel. Cependant, la présence de lésions multiples à divers stades de guérison est un signe caractéristique de mauvais traitements (McNeese et Hebel, 1977). De nombreuses blessures cutanées ont la forme de l'objet utilisé pour les infliger. Les contusions les plus communes découlant de mauvais traitements sont : des ecchymoses causées par une très forte claque qui laisse la trace de la main ; des marques rectangulaires, linéaires ou rondes ressemblant à des objets non tranchants, par exemple des cordes ou fils pliés en boucle ; des traces de morsures humaines (McNeese et Hebel, 1977 ; Tursz, 2013 ; Trocmé, 2011).

Il est aussi commun de constater des brûlures, particulièrement de cigarette, aux mains, aux pieds et aux fesses. McNeese et Hebel (1977) avancent que les brûlures comptent pour 10

⁷ L'empoisonnement, dans ce contexte précis de maltraitance physique, consiste à administrer à l'enfant des doses de médicaments non prescrits, ou carrément d'autres formes de drogues.

% de toutes les blessures résultant de mauvais traitements physiques. De plus, les enfants peuvent aussi avoir des brûlures provoquées par des appareils ménagers comme des fers à repasser et des cuisinières. Les blessures par ébouillantage constituent également un signe de maltraitance physique ; elles découlent habituellement d'un châtiment. Ainsi, un enfant peut avoir été immergé dans l'eau chaude pour le punir d'avoir fait des dégâts en n'allant pas à la toilette, ou on peut lui avoir trempé de force les mains et les pieds pour lui infliger une punition quelconque (McNeese et Hebler, 1977 ; Tursz, 2013 ; Trocmé, 2011).

Pour ce qui est des traumatismes, ceux aux yeux, aux oreilles, au nez et à la bouche, peuvent résulter de coups au visage. Les blessures à la bouche sont souvent présentes chez un enfant qu'on a nourri de force, et les blessures aux oreilles peuvent se produire en tirant les oreilles. Les blessures à la tête et au système nerveux central peuvent résulter de coups à la tête (Tursz, 2013). Ainsi, le fait de secouer un enfant peut produire des lésions traumatiques des vertèbres cervicales qui entraînent des hématomes subduraux.

Dans un article intitulé « The whiplash shaken infant syndrome »⁸, Dyke (1986) explique que les pleurs constituent la raison la plus souvent citée d'agression des nourrissons. Souvent sans connaître les dangers, les parents secouent l'enfant car cela leur semble la réaction appropriée au sentiment de frustration ou d'incapacité que les cris incessants du bébé peuvent évoquer. « On a l'impression que le fait de secouer violemment semble socialement plus acceptable et physiquement moins dangereux qu'un coup à la tête ou ailleurs » (Dyke, 1986, p. 212). Cependant le fait de secouer violemment un enfant, particulièrement un nourrisson, est loin d'être sans danger.

McNeese et Hebler (1977) soulignent que les coups violents à l'abdomen peuvent entraîner des dommages ou des ruptures des viscères et créer d'importantes hémorragies, voire la mort. En ce qui concerne les blessures de la cage thoracique, elles prennent souvent la forme de côtes fracturées et des complications qui en résultent. Les enfants qui sont frappés ou projetés

⁸ Aujourd'hui, on parle plutôt du *Shaken Baby Syndrome*, le syndrome du bébé secoué, qui désigne un traumatisme crânien non accidentel, entraînant des lésions du cerveau. Il survient lorsque l'on secoue violemment un bébé ou un jeune enfant. Le plus souvent, ce drame arrive lorsque la personne qui s'occupe de l'enfant est exaspérée par ses pleurs. Les enfants de moins d'un an sont les plus touchés par le syndrome du bébé secoué.

peuvent souffrir de blessures de la cage thoracique. Dans certains cas, la maltraitance physique peut se traduire également par des blessures osseuses. Des coups violents et des torsions cassent les os des enfants. De même, en tirant avec force sur les bras ou les jambes, ou en les secouant violemment, on peut provoquer une dislocation des articulations (Tursz, 2013 ; Trocmé, 2011).

En examinant les mauvais traitements physiques, on réalise qu'il existe un manque de consensus, découlant du fait que l'on ne peut pas déterminer clairement, par exemple, si les mauvais traitements doivent être chroniques pour mériter ce qualificatif (Tursz, 2013 ; Trocmé, 2011). Dans bien des familles, il est normal de s'attendre à une correction ou à une grosse fessée à un moment donné. Dans ce cas, quelle étiquette apposons-nous à un éclat rare et violent et qui se traduirait par une lésion permanente chez l'enfant ? Faut-il qualifier ce geste de mauvais traitement parce que l'enfant gardera des séquelles ? Ou parle-t-on d'accident, car cela ne s'est jamais produit auparavant ? Et « Le fait que le parent soit dévoré de remords devrait-il influencer notre jugement ? » (Elmer, 1966, p. 28).

De toute évidence, la définition légale, en elle-même, n'aide pas à répondre aux questions soulevées par Elmer, car la loi ne clarifie pas le concept « des maux physiques » et ne stipule pas si le comportement fautif doit être intentionnel, ou si la question des remords de l'agresseur doit être prise en considération. Ce manque de précision légale s'explique par le fait que, dans une très grande mesure, les législatures ont laissé aux professionnels le soin d'interpréter spécifiquement ce qui constitue un mauvais traitement ou de la négligence au Canada. (Trocmé *et al.*, 2008). En Ontario, pour que les professionnels des SAE puissent intervenir pour protéger les enfants, ils doivent se conformer à la définition légale du mauvais traitement physique énoncée dans la LSEF aliéna 37, (2) a), bien que celle-ci soit ambiguë et fasse seulement référence aux maux physiques infligés par la personne qui est responsable de l'enfant. Le jugement professionnel est alors essentiel pour interpréter des signes au regard de ce que reconnaît la loi.

En 1995, Leck et Ballantyne de la SAE de Simcoe ont développé un outil⁹ pour aider leurs intervenants à interpréter de façon uniforme les définitions légales des mauvais traitements envers les enfants. Cet outil, qui a été révisé depuis par l'Association ontarienne des sociétés

⁹ Bien-être de l'enfance en Ontario Échelles d'admissibilité © 1995 Association ontarienne des sociétés de l'aide à l'enfance.

d'aide à l'enfance, est désigné présentement sous le titre *Échelles d'admissibilité*. Ces échelles visent à favoriser des décisions uniformes et justes lorsque vient le temps d'évaluer si l'enfant est en besoin de protection conformément à la LSEF. Selon les échelles d'admissibilités l'alinéa de la Loi 37 (2) a) traite des situations dans lesquelles la personne responsable de l'enfant a commis envers l'enfant un acte de violence physique qui lui a causé du mal. La violence physique à l'égard de l'enfant peut aller d'une punition corporelle exagérée ou inappropriée jusqu'à une blessure infligée délibérément (Kolko, 1996). Ces mauvais traitements peuvent être isolés ou continus.

L'interprétation faite par les intervenants des SAE suggère qu'ils devraient considérer la « correction isolée » citée plus haut comme une maltraitance physique. Dans l'exemple d'Elmer, l'enfant a été blessé à la suite d'un « éclat impulsif » de la part de la personne qui en prenait soin. En Ontario, les travailleurs sociaux qui enquêtent sur les cas de mauvais traitements envers les enfants se préoccupent de prévenir la répétition de comportements exagérés envers ces derniers. Quant à la question des remords, elle ne change en rien au comportement et à ses effets : des mauvais traitements sont des mauvais traitements. Par contre, le remord des parents permet aux intervenants en protection de l'enfance d'envisager positivement la prévention de tels comportements dangereux. Puisque les enfants ne subissent pas de telles blessures seulement dans les cas de maltraitements physiques, il faut en général faire une évaluation médicale et psycho-sociale de l'enfant afin de comprendre clairement la nature des blessures et leur contexte. Les examens médicaux constituent une part essentielle de l'enquête, car un certain nombre de blessures risquent de ne pas être visibles, particulièrement les blessures internes.

Dans ce contexte d'exercice du jugement clinique, les professionnels qui interviennent auprès d'enfants blessés devraient toujours se demander si les explications fournies sont valables. Étant donné que les enfants et les personnes qui en prennent soin diront fort probablement que les blessures sont accidentelles, il faut toujours garder à l'esprit la possibilité de maltraitements physiques.

La gravité des blessures qui en résultent varie selon les circonstances. Ces blessures peuvent être minimales, modérées ou sérieuses, et peuvent, dans certains cas, causer la mort des enfants (McNeese et Hebler, 1977 ; Tursz, 2013 ; Trocmé, 2011 ; Elmer, 1966).

Au Canada, l'article 43 (1) du Code criminel (Canada, ministère de la Justice, 1985) garanti aux parents et aux personnes qui les remplacent, le droit légal d'avoir recours au

châtiment corporel pour corriger les enfants, pourvu que la force ne dépasse pas la mesure raisonnable dans les circonstances. Mais jusqu'à quel point la force physique est-elle « raisonnable » ? La question posée par Elmer dans son article de 1966 est encore pertinente : « *When does corporal punishment become physical abuse?* ». Lorsque nous cherchons à faire la distinction entre la punition physique et les mauvais traitements physiques, il y a au moins cinq facteurs à considérer : 1) l'âge de l'enfant ; 2) les parties du corps frappées ; 3) l'objet utilisé pour le battre ; 4) la force et la fréquence du recours à la force ; 5) la raison de l'utilisation de la force. Bien que les SAE ne préconisent plus l'utilisation du châtiment corporel comme stratégie de discipline, le document préparé par George Leck et Mary Ballantyne de la SAE de Simcoe en 1995, s'avère toujours utile afin de nous aider à comprendre le *modus operandi* des SAE pour intervenir dans ce contexte.

Enfin, une forme rare de mauvais traitements physique est le syndrome de Munchausen par procuration. Dans ce cas, un parent invente un trouble chez l'enfant. La « maladie » se compose d'histoires inventées, de maux physiques infligés, d'échantillons d'exams de laboratoire modifiés et de troubles provoqués. La coupable est en général la mère de l'enfant, qui peut elle-même souffrir de ce syndrome, et inventer sa propre maladie. Il peut en résulter des tests pénibles, des hospitalisations fréquentes, des traitements dangereux et la mort (Jones *et al.*, 2010, p. 33). Soulignons que lorsque de jeunes enfants sont maltraités physiquement, il en résulte des blessures plus graves à cause de leur plus grande fragilité physique par comparaison à des enfants plus âgés. Une étude menée en 2013 par le *Child Welfare Information Gateway* à Washington, intitulée : *Child Abuse and Neglect Fatalities : Statistics and Interventions*, révèle que les jeunes enfants de moins de trois ans sont plus fréquemment victimes de sévices mortels.

1.6.2. Les maltraitances sexuelles

Pour Badgley et collaborateurs, (1984), il y a maltraitances sexuelles lorsqu'un adulte ou un autre enfant se sert d'un enfant pour se donner une gratification sexuelle. L'enfant peut parfois sembler coopérer pour faire plaisir à l'adulte ou par peur. On parle de violence sexuelle quand il y a des relations sexuelles, une mise à nu des parties génitales de l'enfant, des appels

obscènes, ou des caresses sexuelles. Aussi, il s'agit de maltraitance sexuelle quand on regarde un enfant se déshabiller par plaisir sexuel, quand on permet à un enfant de regarder et de faire des photos ou des vidéos pornographiques ou quand on l'incite à la prostitution.

Le terme « maltraitances sexuelles » sert donc à décrire toute une gamme de comportements et qui « englobe toutes les expressions d'ordre sexuel prévues au code criminel » (Boulais, cité dans le Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, 2004, p 74). Dans les cas de maltraitances sexuelles, le point principalement mis de l'avant est l'usage d'enfants par des adultes. Les maltraitances sexuelles des enfants sont souvent liées à la question de la domination. Par conséquent, pour tenir compte du fait que ce type de maltraitance comprend une grande gamme de comportements imposés aux enfants par des personnes en situation d'autorité, les rédacteurs de la LSEF ont choisi une définition large. Les travailleurs sociaux se basent donc sur la définition suivante :

37. (2) c) L'Enfant qui a subi une atteinte aux mœurs ou qui a été exploité sexuellement par la personne qui en est responsable ou par une autre personne, si la personne qui en est responsable sait ou devrait savoir qu'il existe des dangers d'atteinte aux mœurs ou d'exploitation sexuelle et qu'elle ne protège pas l'enfant.

Les termes « atteintes aux mœurs » et « exploitation sexuelle » permettent d'inclure une gamme de comportements allant du plus dévastateur au moins grave, mais qui sont malgré tout socialement inacceptables. La maltraitance sexuelle est considérée comme une forme de mauvais traitement qui n'est pas tolérée dans le monde occidental. Cependant, jusqu'au début des années 1980, c'était un problème presque invisible. De nos jours, les cas de maltraitance sexuelle d'enfant sont fréquents. Finkelhor, chercheur américain de renommée, déclare dans son livre, *Child sexual abuse : New theory and research*, que « *more than any other problem, awareness of sexual abuse has increased very rapidly from virtually nonexistent to very high* » (2007, p. 3).

L'ampleur du problème a été révélée par le rapport *Infractions sexuelles à l'égard des enfants des jeunes* (1984), dont le comité fut présidé par Robin Badgley. Il ressort des recherches :

1) qu'à un moment donné de leur vie, environ une femme sur deux et un homme sur trois ont été victimes d'un ou plusieurs actes sexuels ; à savoir : y avoir été exposé, avoir

- été menacé, avoir subi des attouchements d'ordre sexuel, et avoir été victime d'agression ou d'agression sexuelle ;
- 2) qu'environ quatre sur cinq de ces actes sexuels non désirés, ont été commis contre ces personnes au cours de leur enfance ou de leur adolescence ;
 - 3) que quatre femmes sur 100 ont été violées ;
 - 4) que deux jeunes sur 100 ont fait l'expérience de tentatives ou d'actes non désirés de pénétration anale avec un pénis, des objets ou des doigts ;
 - 5) que des actes de mise à nu (exhibitionnisme) constituaient la plus grande catégorie de délits sexuels commis à l'endroit d'enfants ; dans certains cas, ces actes étaient suivis d'agression sexuelle ;
 - 6) que trois sur cinq enfants victimes de maltraitance sexuelle ont été menacés ou contraints physiquement par leur assaillant ;
 - 7) les jeunes victimes sont plus susceptibles d'être menacées ou contraintes à participer à des actes sexuels par des personnes à peu près du même âge qu'elles ou plus âgées ;
 - 8) que peu de jeunes victimes ont été physiquement blessées ; beaucoup plus ont souffert moralement ;
 - 9) qu'environ un assaillant sur quatre est un membre de la famille ou une personne en situation de confiance ; environ la moitié sont des amis ou des connaissances, et environ un sur six est une personne étrangère ;
 - 10) que presque tous les assaillants sont de sexe masculin ; un sur 100 est de sexe féminin ; qu'une majorité de victimes ou de leurs familles n'ont pas cherché à obtenir de l'aide des services publics ; lorsqu'elles le font, elles se tournent le plus souvent vers la police et les médecins ;
 - 11) que plus de deux sur cinq des homicides résultant d'agression sexuelle sont commis contre des enfants de 15 ans et moins. Les enfants comptent parmi les victimes de trois sur quatre des coupables de délits sexuels considérés comme dangereux par les tribunaux. (Badgley, *et al.*, 1984, 1055 p.)

Ce rapport attire notre attention sur l'envergure du problème, mais sa fréquence réelle est en réalité méconnue, car même si des études nous dévoilent des statistiques sur l'incidence de ces maltraitances, nous n'en connaissons seulement que la pointe de l'iceberg. Beaucoup d'enfants victimes de maltraitance sexuelle souffrent et endurent leur peine en silence. Bien que certains jeunes dévoilent la maltraitance, plusieurs le font plus tard en vieillissant.

Durant les années 1980, les signalements de maltraitances sexuelles sont montés en flèche. Selon Snow (1991), le taux de signalement a augmenté de 322 % entre 1980 et 1990. Pour sa part, Finkelhor, dans sa présentation *Les nouveaux mythes dans le domaine des agressions sexuelles des enfants*, suggère que la fréquence n'est cependant pas aussi élevée que dans le passé. Selon lui, nous ne nous trouvons pas devant une « épidémie qui reflète une certaine sorte d'échec moral ou une dégénérescence morale de notre société actuelle... Un grand

nombre de cas de sévices sexuels d'enfants ont eu lieu aussi loin que nous pouvons remonter dans le temps » (2007, p. 2-3). Nous sommes plutôt devant une intolérance accrue de la société face à ces comportements.

Même si dans les dernières décennies de plus en plus de cas sont portés à l'attention des services de protection de l'enfance, il n'en reste pas moins que la maltraitance sexuelle n'est pas facile à mettre à jour. Contrairement aux autres formes de mauvais traitements, qui peuvent être commis à la vue d'autres personnes, celui-ci se déroule dans le secret et sous la contrainte. Les enfants subissent les attaques derrière des portes fermées et sont menacés de sévices physiques par l'assaillant ; ils peuvent aussi être rendus responsables des conséquences de la révélation : « Si tu le dis à quelqu'un, papa ira en prison », ou « Maman ne t'aimera plus ». On leur dit aussi parfois que personne ne les croira.

La question de la maltraitance sexuelle des enfants est complexe car elle ne constitue pas seulement une question de qualité de soins. Elle touche également les mœurs sexuelles de nos cultures. Avant 1978, les statistiques des cas d'enfants maltraités en Ontario ne contenaient pas de statistiques à ce sujet. Cependant, depuis cette époque, le nombre de cas rapportés a grimpé en flèche (Finkelhor, 2007). La « découverte » de la maltraitance sexuelle des enfants a aidé le mouvement féministe à faire apporter des changements dans la législation. C'est au cours de la bataille menée par les femmes pour faire changer les valeurs sociales, puis les lois vis-à-vis de l'agression sexuelle des femmes, que le même problème touchant les enfants a commencé à émerger.

Une partie de la complexité de la question de la maltraitance sexuelle des enfants touche la distinction entre les actes socialement acceptables et inacceptables. Par exemple, les baisers et la nudité peuvent passer du comportement socialement acceptable à un autre marqué d'exploitation. Embrasser et caresser des enfants sont des comportements parentaux qui font naître des sentiments d'affection et d'amour. Cependant, certains baisers ont une nature plus sexuelle que d'autres, selon les points de vue de chacun (par exemple des baisers sur la bouche).

Bien qu'on arrive généralement à s'entendre sur les différentes formes de baisers, le cas est plus compliqué pour la nudité. Certaines personnes n'y voient aucun problème alors que d'autres estiment que c'est un comportement à caractère sexuel. Dans certaines familles, la

nudité à la maison est acceptable alors que chez d'autres, c'est inacceptable. Quand conduit-elle à des situations d'exploitation potentielle ?

D'après la définition fournie dans la LSEF (1999), il semblerait que la nudité puisse mener à des maltraitances dans des situations où on peut déterminer qu'elle vise l'exploitation sexuelle. Étant donné que cette loi ne définit pas les visées d'exploitation sexuelle, il faut se reporter à la définition du Code criminel du Canada, révisée par l'article 146 de la loi C-15. Ainsi :

153(1) Est coupable soit d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de cinq ans, soit d'une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, toute personne qui est en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis de l'adolescent ou à l'égard de laquelle l'adolescent est en situation de dépendance et qui, selon le cas : a) à des fins d'ordre sexuel, touche, directement ou indirectement, avec une partie de son corps ou avec un objet, une partie du corps de l'adolescent; b) à des fins d'ordre sexuel, invite, engage ou incite un adolescent à la toucher, à se toucher, ou à toucher un tiers, directement ou indirectement, avec une partie du corps ou un objet.

En conséquence, si on peut prouver que la nudité sert à inciter une jeune personne à s'engager dans des activités sexuelles, directement ou indirectement, on peut alors qualifier cette nudité à la fois d'inacceptable et de potentiellement abusive. Un point important touchant la maltraitance sexuelle est la relation de la jeune personne avec celle qui prend l'initiative de l'activité. Si cette dernière se trouve en situation d'autorité, la contrainte est probablement un facteur. Bien que nous admettions qu'en découvrant leur sexualité les enfants s'engagent dans des activités sexuelles, lorsqu'elles ont lieu avec une personne qui ne se trouve pas en situation d'autorité ou de confiance, ou avec une personne de qui l'enfant ne dépend pas, elles ne sont pas considérées comme illégales, même si pour certaines personnes, elles peuvent paraître immorales. Par exemple, les relations sexuelles entre des adultes et des mineurs sont interdites en raison de la question de la notion du consentement chez un mineur de moins de 16 ans.

En effet, et en toute circonstance, le consentement implique un acte librement consenti. Même si un enfant a accepté de s'engager dans des activités sexuelles avec un adulte, pouvons-nous considérer ce consentement comme valable étant donné son âge et son statut juridique? L'enfant a-t-il le choix de refuser dans une société où il est conditionné pour obéir aux adultes, particulièrement aux parents ?

En second lieu, le consentement implique que la personne comprend totalement la portée de l'acte. Même avec la libération sexuelle des années 1970, rien ne garantit que les enfants ont reçu une éducation sexuelle adéquate, car elle n'est pas une constituante obligatoire des programmes scolaires. Par conséquent, on pourrait tromper un enfant en lui faisant croire que les relations sexuelles entre adultes et enfants sont permises, normales ou souhaitables. En raison du déséquilibre dans les pouvoirs des adultes et des enfants, les législateurs canadiens ont choisi de rendre illégales les relations sexuelles entre enfants et adultes en deçà de l'âge légal du consentement. Le Code criminel stipule clairement que les enfants ne doivent pas servir à assouvir les plaisirs sexuels des adultes.

La divulgation de la maltraitance sexuelle constitue le principal moyen de la découvrir. Il est connu que certains enfants, (Badgley et Russel, 1984) n'en informent pas nécessairement les autorités. Les professionnels qui interviennent auprès des enfants, notamment les médecins, les travailleurs sociaux doivent faire des efforts afin de déceler des indices de maltraitements sexuelles. Comme l'indique Dawson (2008), les enfants victimes de maltraitance sexuelle peuvent montrer certains types de comportement diagnostiquement importants. Plus qu'une simple réaction à la maltraitance, ces comportements peuvent refléter la réponse de l'enfant à une famille ou à des relations parent-enfant troublées. Ils constituent pour lui le moyen de faire face à une situation qui le dépasse ou dans laquelle il ne sait pas quoi faire.

Les enfants sont soumis à de la tension et à du stress tout au long de leur jeunesse. Ils développent des mécanismes normaux de réaction pour libérer cette tension, mécanismes qui consistent à avoir une activité physique, à jouer, à pleurer, à rêver (être dans la lune pendant la journée ou à rêver pendant leur sommeil). Cependant, lorsque ces comportements n'arrivent pas à réduire l'anxiété ou le stress excessif, d'autres comportements symptomatiques peuvent apparaître. Ils indiquent que l'enfant est extrêmement tendu, affectivement très touché et n'arrive pas à se libérer de cette tension. Il faut donc procéder très soigneusement à l'évaluation du comportement d'un enfant. Des changements comportementaux ou des symptômes peuvent être dus à divers facteurs accidentels qui n'ont peut-être rien à voir avec la maltraitance sexuelle. Par exemple, un décès dans la famille, la séparation des parents ou toute autre expérience affective traumatisante peut provoquer chez l'enfant des symptômes de comportement anormal.

Mais ils peuvent aussi révéler une situation de maltraitance que l'enfant ne peut exprimer par lui-même.

La définition de la maltraitance sexuelle de Badgley et collaborateurs (1984), mentionnée précédemment, est limitée aux parents biologiques et à un acte, celui des rapports sexuels. Les enfants qui vivent dans des familles reconstituées soit par mariage ou par union de fait ne sont pas couverts par cette définition légale. De plus, les relations sexuelles ne constituent pas la seule forme d'acte sexuel que l'on peut imposer à un enfant. Il peut être forcé ou amené par des moyens détournés à s'engager dans des activités sexuelles socialement inacceptables, par exemple à voir de la pornographie.

Voici les délits tombant sous le coup du Code criminel et qui s'appliquent à la maltraitance sexuelle des enfants :

- l'inceste,
- l'agression sexuelle,
- l'interférence sexuelle,
- l'exploitation sexuelle,
- l'incitation à des contacts sexuels,
- les actions indécentes et l'exhibitionnisme devant des enfants de 14 ans ou moins,
- les relations sexuelles anales impliquant un mineur,
- la bestialité et les délits connexes,
- le père, la mère ou le tuteur qui sert d'entremetteur,
- le responsable de maison qui permet des actes sexuels interdits,
- le vagabondage d'une personne qui commet un délit sexuel,
- le délit relié à la prostitution des jeunes.

La maltraitance sexuelle peut survenir quel que soit le contexte familial et social, du plus favorisé au plus modeste. Le dévoilement peut être fortuit, inattendu et parfois fluctuant (l'enfant peut se rétracter ou varier dans ses propos). Cela montre l'importance d'être en alerte à ce propos, quel que soit le contexte de révélation. Toute modification du comportement habituel de l'enfant, pour laquelle il n'existe pas d'explication claire, peut être évocatrice d'une maltraitance. L'absence de signe à l'examen clinique n'élimine pas une agression à caractère

sexuel, même si les données de l'examen ne sont pas corrélées aux dires de l'enfant. En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et de contact permanent (ou fréquent) avec l'agresseur, il faut assurer la protection immédiate de l'enfant en danger.

Comment peut-on savoir si un enfant a été victime de maltraitance sexuelle ? Sans une révélation de celui-ci à ce sujet, il faut bien comprendre la dynamique de sa situation pour saisir les indices de maltraitance. La plupart de ces indices se trouvent dans le comportement, c'est-à-dire dans le fait qu'ils changent. Ainsi, un enfant qui travaillait bien à l'école peut soudainement être incapable de se concentrer en raison des maltraitements dont il fait l'objet. Il y a cependant des indicateurs physiques. Le *Sexual Abuse Training Program for Children's Aid Societies* préparé par Dawson pour le ministère des Services sociaux et communautaires en 2008 est encore très utile pour nous aider à repérer les indices de maltraitance sexuelle. Les indicateurs physiques de la maltraitance sexuelle sont présentés au tableau 1.

Tableau 1
Indicateurs physiques de la maltraitance sexuelle

Grossesse	La grossesse chez une jeune fille de 12 à 16 ans peut résulter de relations sexuelles avec un parent.
Maladie vénérienne	Un enfant victime d'exploitation sexuelle peut contracter des maladies transmissibles sexuellement comme la syphilis, la gonorrhée ou l'herpès. La pénétration peut provoquer une infection des parties génitales ou rectales. Un contact oral avec les parties génitales peut provoquer une infection de la gorge.
Traumatisme physique	<p>Différentes parties du corps peuvent présenter des traumatismes physiques. De tels indicateurs sont relativement rares. Cependant, en cas de pénétration par force ou soudaine, des lacérations, ecchymoses ou saignements peuvent en résulter.</p> <p>a) <u>Parties génitales</u></p> <p>Dans le contexte de la maltraitance sexuelle particulièrement dans la famille, les traumatismes des parties génitales, lorsqu'il y en a, se trouvent habituellement chez une fille. Ceux-ci peuvent provoquer des démangeaisons, des saignements ou de la douleur. L'enfant peut aussi éprouver un certain inconfort provoqué par l'écoulement douloureux d'urine. On peut trouver des vêtements déchirés ou tachés. Le col utérin, la vulve ou le périnée peuvent être rouges ou enflés.</p> <p>b) <u>Région rectale</u></p> <p>Les blessures éventuelles à la région rectale se trouvent habituellement chez les garçons. Il peut y avoir des lacérations et / ou des ecchymoses. L'enfant peut avoir des démangeaisons, de la douleur ou des saignements associés</p>

	<p>à ce traumatisme. Les défécations peuvent aussi être douloureuses.</p> <p>c) <u>Bouche</u></p> <p>Dans de rares occasions impliquant la fellation forcée, on peut remarquer des lacérations ou des ecchymoses sur les lèvres ou dans la bouche.</p> <p>d) <u>Autres régions</u></p> <p>Des traumatismes occasionnels provoqués par l'usage de la force peuvent s'observer sur la poitrine ou les cuisses.</p>
Présence de sperme	<p>Lorsqu'il y a eu éjaculation ou pénétration, du sperme peut se trouver sur les vêtements, la peau, les parties génitales ou anales. Parfois, la dimension microscopique du sperme ne permet pas de le repérer à l'œil nu.</p>
Dilatation anormale des parties génitales ou anales	<p>Une dilatation anormale des orifices anal et vaginal peut être présente et indiquer des mauvais traitements. Cependant, la pénétration sans usage de la force peut à la longue ne laisser aucun traumatisme qui puisse être diagnostiqué.</p>

Même si les indices physiques sont rarement présents, lorsqu'ils le sont, il est important que le médecin ou une autre personne soit prêt à envisager qu'ils découlent de la maltraitance sexuelle. Jusqu'à récemment, certains médecins et d'autres professionnels confrontés à une enfant enceinte ou à un enfant atteint d'une maladie transmissible sexuellement, ne voulaient pas envisager la possibilité de maltraitance sexuelle, particulièrement à l'intérieur de la famille.

Bien que la déclaration de la maltraitance sexuelle constitue le principal moyen de la découvrir, la plupart des enfants, comme Badgley et Russel (1984) l'ont montré, n'en informent pas les autorités. Les médecins travaillant avec des enfants et des adolescents doivent comprendre que le comportement d'un enfant peut donner des indices sur ses expériences traumatisantes.

Le tableau 2 illustre les indicateurs des troubles du comportement chez les enfants de moins de 5 ans.

Tableau 2

Indicateurs des troubles du comportement chez les enfants de moins de 5 ans

Les terreurs nocturnes	Elles ne sont pas rares à cette phase de développement, mais des terreurs soudaines, intenses et persistantes peuvent être symptomatiques.
La modification du patron de sommeil	Les enfants victimes de maltraitance sexuelle peuvent avoir peur d'aller se coucher, avoir du mal à s'endormir et avoir des « nuits actives » avec des périodes de réveil ou d'activité. Considérant que la maltraitance sexuelle familiale se déroule le plus souvent pendant la nuit dans une chambre à coucher, ces troubles n'ont rien de surprenant.
Les paniques ou les phobies	L'apparition soudaine de grandes phobies peut être significative, particulièrement si elles touchent la violence, la victimisation ou le fait d'être laissé(e) seul(e) à la maison.
La régression	Il peut se produire une régression à un stade antérieur de développement. L'enfant peut être « collant », mouiller son lit, rêver.
L'hyperactivité	De plus jeunes enfants peuvent présenter un comportement d'hyperactivité non caractéristique de ce stade de développement.
Les jeux inappropriés de nature sexuelle ou une compréhension inappropriée pour son âge	<p>Ce comportement peut impliquer des activités inappropriées de nature sexuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les jeux avec certains jouets comme des poupées; - dans les jeux avec d'autres enfants, particulièrement lorsque l'enfant imite un comportement; - en jouant seul, spécialement avec des gestes d'auto-érotisme;

	- en se préoccupant de n'importe quelle forme de jeux sexuels.
--	--

Les enfants victimes de maltraitance sexuelle peuvent aussi démontrer une compréhension inhabituelle du comportement sexuel ou faire une description explicite d'activités sexuelles. Les plus jeunes peuvent avoir aussi des comportements d'enfants d'âge scolaire. De plus, parmi d'autres indicateurs de troubles du comportement peuvent figurer un repliement sur soi-même, de l'hystérie, d'importants changements de poids et une inversion des rôles. Le tableau 3 illustre les indicateurs des troubles du comportement chez les enfants d'âge scolaire.

Tableau 3

Indicateurs des troubles du comportement chez les enfants d'âge scolaire

<p>Le repliement sur soi- même</p>	<p>Des périodes prolongées de repliement social ou physique inhabituel ou non caractéristique de l'enfant peuvent être un signe de maltraitance sexuelle. Dans ce groupe d'âge, le fait de passer excessivement de temps seul(e), dans un endroit spécial, en rêvant, ou en évitant les camarades, ou les signes physiques d'affection peuvent être significatifs. Le repliement sur soi peut être aussi associé à une dépression générale symptomatique de la maltraitance.</p>
<p>L'hystérie</p>	<p>On peut constater une hystérie démontrée par un manque de contrôle des émotions.</p>
<p>Les changements substantiels de poids</p>	<p>Un enfant sujet à un sévère stress peut changer de poids de façon soudaine et prononcée. Il peut grossir ou maigrir (il faudrait aussi envisager des causes étrangères à la maltraitance sexuelle).</p>
<p>L'interversion des rôles</p>	<p>Des enfants plus âgés du groupe d'âge scolaire peuvent avoir tendance à intervertir les rôles de façon inappropriée. Ce phénomène se produit lorsque les enfants doivent assumer des responsabilités d'adulte.</p> <p>Parmi les caractéristiques communes d'interversion des rôles constatées chez les enfants victimes de maltraitance sexuelle figurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le comportement pseudo-adulte; - la prise en charge de responsabilités familiales comme des corvées ménagères, le soin des enfants; - la prise du rôle de conjoint, c'est-à-dire passer trop de temps seul(e) avec un parent du sexe opposé,

	<p>spécialement en répondant aux besoins de ce parent en matière d'intimité ou d'affection.</p> <p>L'interversion des rôles peut aussi affecter les relations de l'enfant avec des camarades de son âge ou se traduire par une séduction inappropriée et / ou des difficultés scolaires soudaines.</p>
La séduction inappropriée	<p>Elle peut résulter d'activité sexuelle prématurée provoquée par un adulte. C'est un comportement appris par l'enfant qui est conditionné à répondre de manière à recevoir de l'affection, de l'attention et des soins de ses parents. Malheureusement, dans cette situation, les enfants apprennent que le fait d'être sexy est une condition requise pour être désirés et acceptés.</p>
Les difficultés scolaires soudaines	<p>Il est important de tenir compte des observations faites à l'école, car elles renseignent sur un aspect indépendant (non familial) du comportement. Le personnel de l'école peut noter d'importants indicateurs de troubles du comportement comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'incapacité de se concentrer, - la baisse soudaine et prononcée du rendement scolaire, - le repliement excessif et les relations médiocres avec les camarades, - les changements importants dans l'assiduité.

Les adolescents victimes de maltraitements sexuels peuvent montrer des symptômes similaires aux autres victimes d'âge scolaire, auxquels s'ajoutent éventuellement d'autres indicateurs. Le tableau 4 présente les indicateurs des troubles du comportement chez les adolescents.

Tableau 4
Indicateurs des troubles du comportement chez les adolescents

La séduction excessive	Le comportement séducteur décrit chez les plus jeunes enfants peut devenir plus prononcé et évident dans ce groupe d'âge.
L'interversion des rôles	La prise en charge de responsabilités conjugales et parentales peut être plus prononcée.
La dépression chronique	La dépression peut être grave pour l'âge de l'enfant, et elle peut même conduire à des pensées suicidaires.
Une faible estime de soi	<p>La participation d'enfants à des activités sexuelles prématurées, et spécialement avec un parent, conduit l'enfant à penser qu'il (est) différent(e). À l'entrée dans l'adolescence, les valeurs adoptées par ses camarades lui font comprendre que cette activité sexuelle est mauvaise ou illégale. En conséquence, l'enfant développe des sentiments négatifs à son sujet et peut les exprimer par des: « Je suis sale », « Je suis mauvais(e) », « Je suis différent(e) », et ainsi de suite. La pseudo-maturité associée à l'interversion des rôles écarte encore plus l'enfant de ses camarades. Une faible estime de soi peut se traduire par :</p> <ol style="list-style-type: none">1. des relations médiocres avec les camarades ;2. un manque de participation dans des activités appropriées ;3. un comportement déplacé comme :<ul style="list-style-type: none">• la toxicomanie• la prostitution• le suicide• la fugue

Les plaintes psychosomatiques	Des plaintes psychosomatiques de divers types sur une période prolongée devraient alerter sur la possibilité de maltraitance sexuelle.
-------------------------------	--

Selon Dawson (2008), voici quelques questions à se poser lors de l'évaluation du comportement d'un enfant :

1. Le comportement de l'enfant correspond-il au comportement normal de réaction dans cette phase de développement ?
2. Y a-t-il eu un changement marqué graduel ou soudain dans le comportement de l'enfant ?
3. Y a-t-il plusieurs symptômes simultanés de troubles du comportement ?
4. Quelle est l'intensité de ce comportement ? Est-ce excessif ?
5. Les symptômes de troubles du comportement sont-ils passagers ou persistants ?
6. Existe-t-il une crise de développement ou une situation (à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille) qui affecte l'enfant et explique son comportement ?
7. Y a-t-il des problèmes physiques spécifiques qui puissent expliquer le comportement ?

1.6.3. Les mauvais traitements psychologiques

Définir la maltraitance psychologique est quelque chose de particulièrement difficile, au point qu'un dossier entier de 120 pages, composé d'un article et de 14 commentaires rédigés par des spécialistes reconnus du domaine, a été consacré à cette question (*Development and psychopathology*, 1991). Le débat porte essentiellement sur la question de savoir s'il faut définir la maltraitance psychologique à partir des « actes » psychologiques réalisés par les parents ou à partir du dommage psychologique causé à l'enfant. Le choix opéré par les chercheurs est généralement de considérer que la maltraitance psychologique consiste en des actes perpétrés par les parents, ce qui leur permet ensuite d'évaluer l'impact psychologique et comportemental chez l'enfant, parfois en le comparant avec l'impact de la maltraitance physique.

La maltraitance psychologique est un comportement qui porte atteinte au développement psychologique d'un enfant et de son estime de soi. Elle comprend des demandes excessives et agressives qui placent les attentes au-delà des capacités de l'enfant. En outre, on compte la critique continuelle, la moquerie, la dépréciation, l'insulte, le rejet, l'ignorance et l'isolement à l'égard de l'enfant, de même que l'exposition à la violence familiale.

Si l'attention des intervenants était fixée sur les maltraitances physiques en 1970 et sur les maltraitances sexuelles dans les années 1980, c'est surtout vers la fin des années 1990 que la maltraitance psychologique prend en Ontario une plus grande place dans le domaine de la protection de l'enfance. Jusqu'en 1999, la LSEF de l'Ontario n'indiquait pas clairement que les parents ne devaient pas soumettre leurs enfants à de mauvais traitements psychologiques. Elle parlait seulement du refus des parents de remédier au mal affectif (qu'ils ont probablement infligé) ou de l'alléger. Il y avait ici une similitude avec les mauvais traitements physiques, pour lesquels la loi ne dit pas que vous ne pouvez pas battre votre enfant, mais précise que si vous les frappez trop fort, alors il pourrait y avoir une mesure de protection d'enclenchée.

Dennis, dans un discours prononcé en 1982 lors d'une conférence sur les mauvais traitements psychologiques, mettait beaucoup d'accent sur le fait que l'enfant doit se trouver en danger afin de bénéficier de protection. Dennis (1982) estime que la maltraitance psychologique est le fait, pour l'adulte responsable des soins et de l'apprentissage de l'enfant, par quelque moyen que ce soit, lui inflige des mauvais traitements visant à détruire son image de soi. Ce qui se traduit par une baisse d'amour-propre de l'enfant et, par conséquent, de son aptitude à vivre, à faire confiance aux autres et à avoir l'impression d'être un membre à part égale de la race humaine.

Garbarino a été l'un des premiers chercheurs à centrer l'attention sur ce problème. En 1978, il a écrit un article intitulé « *The Elusive Crime of Emotional Abuse* ». Il constate un consensus chez les théoriciens et les praticiens pour ce qui est des maltraitances psychologiques. Il insiste sur le fait que des avancés sont possible dans ce domaine en adoptant une approche développementale. « De ce point de vue, les mauvais traitements psychologiques constituent un comportement délibéré qui met sérieusement en cause le développement des enfants » (Garbarino, 1978, p. 89).

Dans son livre, *The Psychologically Battered Child*, Garbarino (1986) a opté pour l'expression « maltraitances psychologiques » au lieu de « mauvais traitements affectifs ». Pour lui, les maltraitances psychologiques représentent une attaque concertée de la part d'un adulte sur le développement personnel et social d'un enfant. Il soutient qu'il prend cinq formes :

1. Le rejet, l'adulte refusant de reconnaître la valeur de l'enfant et la légitimité de ses besoins.
2. L'isolement, l'adulte privant l'enfant de toute expérience sociale normale, ce qui l'empêche de nouer des liens d'amitié, et lui fait croire qu'il ou elle est seul(e) au monde.
3. La terreur, l'adulte attaquant verbalement l'enfant, ce qui crée un climat de peur, bouscule et effraie l'enfant et lui fait croire que le monde est capricieux et hostile.
4. L'ignorance, l'adulte privant l'enfant de stimulation et de réactions essentielles, ce qui étouffe sa croissance affective et son développement intellectuel.
5. L'adulte « socialise mal » l'enfant, l'incitant à adopter un comportement destructif antisocial, ce qui renforce sa mise à l'écart et le rend incapable d'avoir une expérience normale de la société (Garbarino, 1986, p. 97).

Il est important de mentionner que l'interprétation ontarienne de la maltraitance psychologique dans les *Échelles d'admissibilité* s'inspire du travail de Garbarino. D'autres classifications des maltraitances psychologiques ont aussi été proposées par d'autres chercheurs. Entre autres, Jacoby (1986), dans un article intitulé « Emotional Child Abuse : The Invisible Plague », fait référence aux quatre « D » des mauvais traitements affectifs : *Deprivation*, *Distancing*, *Depreciation* et *Domination*. Elle avance que des parents malveillants peuvent se servir de l'une ou l'autre de ces composantes dans leurs interactions. Les mauvais traitements psychologiques englobent des comportements qui causent des torts psychologiques, émotifs ou spirituels à l'enfant. La violence psychologique comprend la maltraitance psychologique, la négligence émotive et l'exposition à la violence familiale.

Les neurosciences éclairent aussi cette question de la maltraitance psychologique. Le cerveau n'est pas un organe « fini » dès la naissance, comme le cœur, le foie ou les reins : c'est

sous l'effet des échanges avec les autres qu'il devient sensible au monde et y réagit. On parle alors de plasticité du cerveau (Kaiser, 2009). Pour comprendre l'humain, et plus spécifiquement, l'impact de la maltraitance sur l'enfant, les avancées des neurosciences permettent de mieux saisir ce qui s'observent empiriquement. Les performances techniques des images du cerveau associées à la clinique neurologique et à la psychologie permettent aujourd'hui d'aborder le problème en sachant exactement ce qui se passe dans le cerveau de l'enfant (Gilmore, 2012).

La notion de plasticité est fondamentale pour aborder le développement de l'enfant. Notion très connue dans les milieux scientifiques, notamment de la part des médecins et des neurochirurgiens, qui savaient bien qu'après une lésion dans le cerveau, il y a des récupérations. Sauf si un accident cérébral est très massif, la plupart du temps, il y a des récupérations qui sont souvent totales. C'est un exemple flagrant de plasticité qui montre que de nouveaux circuits de neurones vont se fabriquer pour compenser la zone lésée (Fausto-Sterling, 2012).

Au cours des apprentissages, au cours des expériences de vie, l'enfant a de nouvelles connections qui se font entre les neurones, et des connections qui vont cesser. Son cerveau est en perpétuelle évolution, au gré des interactions avec l'environnement (Frith, 2010). Ce processus est en place dès la naissance. Et c'est grâce à cette plasticité que l'interaction de l'enfant avec l'environnement va lui permettre de construire son cerveau. Cette plasticité est très importante dans les phases de développement du cerveau dans la petite enfance jusqu'à l'âge adulte (Frith, 2010).

L'expérience de la maltraitance et de la bienveillance sont constitutives de cette élaboration du cerveau. Les zones de la douleur côtoient celles des émotions heureuses (Decety, 2009). C'est pourquoi la rencontre de l'adversité est profondément destructrice chez l'enfant, et c'est aussi pourquoi une rencontre avec un tuteur de résilience peuvent avoir un effet si ce n'est réparateur, à tout le moins compensateur.

Pour comprendre la structure et le rôle des différentes parties du cerveau, on a dû s'en remettre pendant longtemps à des méthodes telles que : la dissection post-mortem de sujets sains ou ayant soufferts de certains déficits suite à une lésion cérébrale localisée, et à la destruction sélective de certaines régions cérébrales chez l'animal. Depuis le début des années 1990, différentes techniques d'imagerie cérébrale ont révolutionné cette quête en permettant de voir le cerveau penser en temps réel (Frith, 2010). Les examens d'IRM sont effectués lorsqu'un médecin soupçonne un problème médical difficilement détectable par un examen physique

courant. Ils sont non invasifs, ce qui signifie qu'aucune procédure chirurgicale n'est nécessaire à la visualisation des systèmes de votre corps (Gilmore, 2012).

1.6.4. La négligence

La négligence survient lorsque la personne responsable de l'enfant n'arrive pas à répondre à ses besoins physiques et psychologiques de base. On parle de négligence lorsque l'omission de superviser l'enfant donne lieu à des blessures physiques ou à la maltraitance sexuelle, favorise des comportements criminels, entraîne des conséquences physiques ou médicales négatives pour l'enfant, la privation éducative, etc. (Le Bossé et Dufort, 2001). La négligence est habituellement la conséquence d'une absence de compétences parentales ou de capacité à planifier. Elle se produit quand le pourvoyeur de soins n'arrive pas à satisfaire les soins de base, comme l'alimentation saine, le sommeil, la sécurité, les études, l'habillement et les soins médicaux. La négligence, c'est aussi laisser un enfant seul ou ne pas le surveiller adéquatement (Daniel et Taylor, 2006).

La façon dont la négligence envers l'enfant est conceptualisée dans les recherches récentes, a un impact notable sur l'organisation des services ainsi que sur les pratiques professionnelles auprès des familles touchées par cette problématique (Cislaru *et al.*, 2008). Les recherches récentes produisent des connaissances sur la négligence envers l'enfant qui excluent plus ou moins radicalement le point de vue des parents et des enfants directement impliqués dans ces situations.

Plusieurs études montrent que, dans les situations de négligence envers l'enfant, les professionnels ont tendance à définir le problème à partir de leur seule perspective, à attribuer aux parents la responsabilité du problème et de l'échec de l'intervention, à se centrer sur le changement des comportements parentaux en ignorant les causes externes (sociales, structurales, environnementales, etc.) et à développer des interventions axées sur les faiblesses des parents sans les impliquer dans le traitement (Cislaru *et al.*, 2008 ; Daniel et Taylor, 2006 ; Turney, 2000). Cette manière d'intervenir place souvent le parent dans un rôle de bénéficiaire passif, la définition de ses besoins et l'intervention étant entièrement prises en charge par le ou

les professionnels qu'il côtoie (Le Bossé et Dufort, 2001). Dans cet optique, le développement positif de l'enfant, y compris de ses capacités de résilience semblent se pas être une priorité.

Certains auteurs (Sylvestre et Mérette, 2010) présentent une définition fondée sur les comportements négligents des parents. Les participants ont été recrutés auprès des services de protection de l'enfance, Par exemple :

La négligence fait référence à l'échec, de la part d'une personne responsable des soins à l'enfant, de répondre aux besoins qui sont considérés comme étant essentiels à son développement physique, intellectuel et affectif. Cela inclut également le fait, pour cette personne, d'être inattentive aux besoins affectifs de l'enfant, à son développement et à son bien-être » (Sylvestre et Mérette, 2010, p. 415).

Les chercheurs (Cislaru *et al.*, 2008 ; Daniel et Taylor, 2006 ; Turney, 2000) semblent peu se questionner sur le processus de normalisation et de normation de la conduite parentale que leur pratique de recherche implique. Cette pratique identifie les parents (en particulier, les mères) comme seuls responsables des difficultés qui sont observées dans les situations de négligence, ne reconnaissant ni la complexité de celles-ci sur le plan psychologique et relationnel ni la contribution d'un ensemble de facteurs contextuels et environnementaux. Par exemple, le fait d'appliquer un ensemble de normes (celles provenant des connaissances sur le développement optimal de l'enfant) à la conduite parentale et, ainsi, de qualifier cette conduite par rapport à ces normes (Sylvestre et Mérette, 2010).

1.7. L'enfant réputé résilient

Pour qualifier un enfant de résilient, cinq facteurs, domaines et indicateurs de résilience sont souvent considérés

1. Formation scolaire ou préparation à l'emploi : l'enfant va à l'école ou participe à un programme d'employabilité; fait des apprentissages; est motivé à réussir et fait des efforts; se comporte bien à l'école et dans le milieu de stage.
2. Relations avec les pairs : l'enfant entretient des relations avec un groupe d'amis socialement acceptable; est capable de vivre une relation amoureuse saine; a au moins un ami intime de même sexe.
3. Relations avec les adultes : l'enfant est capable d'établir un lien significatif avec un adulte positif; a des contacts positifs avec des personnes à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de placement.
4. Caractéristiques personnelles : l'enfant se fixe des buts positifs; se reconnaît des forces; s'accorde de la valeur (prend soin de lui ou d'elle); fait preuve d'autonomie; a le sens de l'humour; est capable d'aller chercher et d'accepter l'aide dont il ou elle a besoin.
5. Comportements : l'enfant se valorise à travers des activités sportives, culturelles ou autres à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de placement; a des comportements socialement acceptables et se conforme aux règles du milieu où il ou elle vit actuellement (Drapeau, 2000).

Conclusion partielle : miser sur le développement positif et la résilience des enfants

La maltraitance des enfants inclut toutes les formes que nous venons d'exposer. Elle entraîne un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, leur survie, leur développement ou leur dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir (OMS, 2006). « Les enfants victimes de violence courent entre autres, un risque élevé d'avoir une mauvaise santé, un taux élevé de retard de développement, de troubles de comportement, et d'activité sexuelle précoce » (Christian 2012, p. 3).

La maltraitance, comme plusieurs problèmes d'ordre social, peut causer des torts ayant des répercussions physiques et psychologiques importantes sur un enfant (Belsky, 1993 ;

Kaufman et Zigler, 1987). Dans notre société, étant donné que l'enfant est considéré comme une personne, il possède la capacité de dénoncer. Cette réalité constitue, en quelque sorte, une double peine pour l'enfant maltraité qui, placé en foyer pour le protéger d'une maltraitance intrafamiliale, va subir une rupture avec son cadre de vie habituel, incluant un changement scolaire, de cercle de camarades, de rythme de vie, bref, des ressources tant nécessaires pour la reconstruction, le développement et pour soutenir sa capacité de résilience. Dans cette situation de double peine, l'enfant paye pour avoir osé dénoncer (Belsky, 1993 ; Kaufman et Zigler, 1987 ; Langeland et Dijkstra, 1995 ; Olivier, 1993). La réalité est que la très grande majorité de la maltraitance se passe au sein de la famille, et les enfants ne peuvent pas toujours dénoncer, soit parce qu'ils sont terrorisés, soit parce qu'ils sont pris dans des processus d'emprise, soit parce que le fait même de dénoncer risque de les faire revivre les images de l'horreur (Cyrulnik, 2002).

Tursz (2010) soutient que les conséquences de la maltraitance sont d'autant plus fréquentes et d'autant plus redoutables qu'il existe une fragilité spécifique de l'enfant. Contrairement à l'adulte, qui est capable de relativiser et de comparer, donc de reconnaître d'autres personnes ayant subi les mêmes sévices que lui (torture, incarcération arbitraire...), le petit enfant n'a aucun point de référence et aucune possibilité de partager son sentiment de révolte. Il est triplement livré à sa famille maltraitante : par les mauvais traitements eux-mêmes, par l'impossibilité d'en identifier le caractère anormal et par le risque qui découle d'accuser les coupables. La situation est particulièrement aigue chez le nourrisson, qui ne parle pas et se trouve généralement confiné au domicile. Exposé à un milieu familial nocif, il va développer de graves troubles dès ses premiers mois, troubles qui, sans intervention salvatrice, se répercuteront sur toute sa vie (Tursz, 2010).

Ce qu'il y a de central chez l'enfant maltraité, c'est souvent une forte impression que son identité n'est pas reconnue par les gens de son entourage. Chez le jeune homme, cela se traduit par la perception de ne compter pour personne, tandis que la jeune femme qui a été agressée sexuellement tôt dans la vie éprouve une sensation profonde de perte de sa corporéité, c'est-à-dire de son existence corporelle. Cela débouche parfois sur des idées suicidaires.

Des enfants qui deviendront des adultes chargés de haine, détruits intérieurement, potentiellement maltraitants, sont quotidiennement oubliés, sacrifiés. Plusieurs études sur la santé physique d'adultes sexuellement maltraités dans l'enfance révèlent un lien direct entre la

fréquence des condamnations pour violence sexuelle et les antécédents de violences physiques et sexuelles subies dans l'enfance par des adolescents (Belsky, 1993 ; Kaufman et Zigler, 1987 ; Langeland et Dijkstra, 1995 ; Olivier, 1993). À long terme, les violences sexuelles peuvent entraîner des troubles anxieux, des dépressions, des troubles de l'alimentation, des réactions psychosomatiques et un abus de drogue ou d'alcool. Cependant, il faut noter que les enfants victimes de maltraitements sexuelles ne finissent pas tous par avoir des problèmes psychologiques (Davies, 2004).

Un enfant exposé à un milieu familial nocif risque fortement de développer de graves troubles qui, sans intervention, se répercuteront sur toute sa vie (Tursz, 2010). De même qu'on reconnaît l'impact positif d'une enfance heureuse sur la socialisation dès l'enfance et à l'âge adulte, on sait aussi combien sont délétères pour toute la société future les traumatismes vécus dans la petite enfance. Il est cependant important de noter que selon Tursz (2010), les enfants victimes de maltraitance dans leur enfance ne deviennent pas tous, automatiquement des parents maltraitants.

Springer et ses collaborateurs (2007) ont réalisé une étude sociologique rétrospective sur un large échantillon de 2 000 sujets âgés en moyenne de 55 ans, ayant subi des mauvais traitements dans l'enfance. Cette étude démontre une corrélation significative entre des états pathologiques, allant de problèmes de comportements violents, agressifs, suicidaires, émotionnels, relationnels et scolaires, au mauvais état de santé mentale incluant la dépression sévère, l'anxiété jusqu'aux troubles cognitifs, avec la maltraitance physique dans l'enfance. L'étude montre également que les adultes maltraités dans leur enfance ont, significativement plus que des sujets témoins, des problèmes de santé somatique (mauvais état général, hypertension artérielle...) et mentale (dépression, addictions, délinquance, tentatives de suicides..., ces dernières faisant plus particulièrement suite à des violences sexuelles). La délinquance et la consommation de drogues ultérieures, le retrait social, les faibles interactions avec les pairs, la détresse psychologique, sont également associées à la maltraitance physique dans l'enfance, y compris des cas de syndromes de stress post-traumatique (Silverman *et al.*, 1996).

Les conséquences de la maltraitance sont aussi redoutables du fait qu'un enfant maltraité peut être une véritable bombe à retardement (Miller, 2008). Par exemple, Pagé et Mongeau indiquent qu'« environ le tiers des adolescents victimes de maltraitance deviendront un jour des

parents maltraitants » (2007, p. 62). Une revue de diverses études portant sur ces conséquences en a identifié sept types : les comportements agressifs et violents, les comportements criminels non violents, l'abus de substances toxiques, les comportements auto-agressifs et suicidaires, les problèmes émotionnels, les problèmes relationnels et les difficultés scolaires et professionnelles (Malinosky-Rummel et Hansen, 1993 ; Perry, 2002). Ainsi, « La plus terrible des conséquences de la maltraitance est sans doute sa transmission intergénérationnelle, cette répétition de la violence par des parents victimes de maltraitance » (Tursz, 2010, p. 37). Par manque d'interventions réhabilitantes, ces parents maltraités dans leur enfance ont refoulé l'humiliation ainsi que la charge émotionnelle qui s'en est suivi. Conséquemment, ils n'ont pas pu se reconstruire et sont parfois enclins à faire preuve d'une absence de sensibilité aux souffrances, d'où l'importance de plus récentes études axées sur la reconstruction des enfants victimes de maltraitance (Miller, 2008).

Une étude de Trocmé (2012) souligne le fait qu'il existe peu de programmes de traitement et de prévention, systématiquement élaborés dans le but de répondre aux besoins des enfants maltraités, à part l'élaboration universelle de lois obligeant le signalement de cas dans l'ensemble des provinces canadienne. L'étude nous apprend, d'une part, que le rôle des organismes de protection de l'enfance peut avoir besoin d'être revu et, d'autre part, que la nécessité de la mise sur pied d'une meilleure collaboration interprofessionnelle, ainsi que des modèles d'intervention plus efficaces, est grande. Ce point de vue est soutenu par Tursz qui écrit que : « Tout un pan de recherche est à développer en ce qui concerne l'identification des mécanismes qui permettent de surmonter à long terme les effets adverses de la maltraitance » (2013, p. 43). Parmi les pistes de recherche se trouve celle de la résilience. Car malgré l'ampleur des effets, des enfants, en certaines circonstances, semble trouver en eux et au tour d'eux des ressources importantes d'adaptation (Springer et al., 2007 ; Miller, 2008; Tursz, 2013). Cependant, reste à « donner un véritable contenu scientifique au concept de résilience, qui, tel qu'il est utilisé, est très médiatique et, pour beaucoup de professionnels œuvrant pour le bien-être des enfants, démotivant en termes de prévention » (Tursz, 2013, p. 43). Apprendre à faire face à l'adversité est un élément important du développement positif de l'enfant, et devrait faire l'objet d'études approfondies (Springer *et al.*, 2007 ; Miller, 2008). La maltraitance chronique pousse le corps à réagir en augmentant le rythme cardiaque, la pression artérielle, et des hormones de stress, comme le cortisol. Lorsque les systèmes de réponse au stress d'un enfant

sont activés dans un contexte de relations de soutien avec des adultes, ces effets physiologiques sont tamponnés et ramenés vers un niveau normal. Le résultat de ce processus adaptatif est le développement de systèmes de réponse au stress, dont il importe de mieux connaître les conditions de réalisation.

Cette capacité collective à soutenir le processus de résilience requiert des connaissances et des compétences en partie encore à élaborer. La pédiatre et épidémiologiste Anne Tursz (2010), ainsi que son équipe de l'Institut National de la santé et de la recherche médicale de France (Inserm), ont réalisé une étude rétrospective auprès des hôpitaux et des tribunaux de trois régions françaises (Bretagne, Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais). Cette étude présente les résultats approfondis d'une recherche ciblée sur la mortalité infantile probablement due à la violence des adultes, et sur un problème de société, les maltraitances envers les enfants et leurs prises en charge. Cette étude fait apparaître, d'une part, une insuffisance de formation des praticiens quant à la reconnaissance de la maltraitance et, d'autre part, la nécessité que les intéressés acquièrent des notions précises sur les signes d'alerte qui doivent faire penser à de mauvais traitements, afin de mieux contribuer à encadrer les enfants victimes. L'auteure affirme que « Les résultats de notre recherche témoignent du danger qu'il y a à laisser les enfants dans des familles nocives et, dans bien des cas, le maintien des liens avec celles-ci est un mythe » (p. 268). L'auteure conclut que si la reconnaissance de la maltraitance a progressé, notamment à travers le système de protection de l'enfance, elle émet par contre des doutes sur une réelle évolution de l'attitude des professionnels de santé en la matière.

Dans cet ordre d'idées, Kitzman (2012) fait ressortir la nécessité pour les professionnels de sortir des bureaux pour être plus près des enfants, en accomplissant un meilleur travail de proximité qui mise, entre autres, sur le développement de ces derniers en dépit de l'adversité. Car tous les enfants exposés à la maltraitance ne développent pas tous des troubles comportementaux, d'adaptation ou de développement. Il y a ceux qui s'en sortent (Cyrulnik, 2002). Une étude de Dufour, Nadeau et Bertrand (2000) révèle que malgré l'intérêt pour ce domaine d'étude, rare sont les recherches qui se sont intéressées conjointement à la maltraitance et à la résilience. Cette recension, qui examine les facteurs de résilience chez des enfants victimes de maltraitances sexuelles, démontre, chiffres à l'appui, que la conception très répandue selon laquelle les victimes de maltraitances sexuelles dans l'enfance éprouvent toutes des effets dommageables, est sévèrement remise en question.

Selon cette recension, 20% à 44% des victimes ne semblent éprouver aucun symptôme, problème d'adaptation ou de santé mentale atteignant un seuil cliniquement observable. Cela fait dire aux auteurs de cette étude que ces victimes sont des personnes résilientes, et qu'il est important de comprendre le processus d'activation de la résilience, les ressources et les facteurs en cause auprès d'elles. Pour pouvoir identifier des pistes d'intervention auprès des victimes de maltraitances sexuelles, la compréhension des mécanismes par lesquels s'active la résilience est extrêmement importante, car, habituellement, un enfant n'apprend pas à faire face à la maltraitance sexuelle, il n'a pas de réponse adaptative apprise pour y faire face.

Puisque les conditions de l'environnement social précoce ont un tel retentissement sur le développement du cerveau, ce cerveau qui tout au long de notre existence fera office d'organe central de médiation, d'intégration et d'adaptation, il est possible, par des interventions appropriées, que l'enfant puisse bénéficier des conditions d'environnement les plus favorables, les plus structurantes possibles. Les progrès dans la compréhension du développement de l'enfant aux plans cognitif, affectif, neurologique et psychosocial ouvrent plusieurs pistes, dont celle de la résilience. On peut donc considérer que le concept de résilience représente une avancée dans notre compréhension des interactions entre l'enfant en développement et l'environnement humain et matériel, où surviennent des événements variés, les uns prévisibles et a priori maîtrisables, d'autres imprévus et potentiellement déstabilisants.

Le prochain chapitre se consacre entièrement à l'étude la résilience chez l'enfant maltraité.

CHAPITRE 2: LA RÉSILIENCE CHEZ L'ENFANT MALTRAITÉ

Le déchiffrement du monde qui mène à la connaissance de celui-ci nécessite des concepts, des instruments et des méthodes. Dès lors que nous constatons que nous sommes capables d'acquiescer cette connaissance, et si l'on veut bien s'attarder à comprendre, à saisir et à interpréter ce qu'elle représente, nous nous trouvons manifestement devant un problème, une énigme, qui s'offre à nous pour que l'on s'y attaque. Ce problème exige une théorie, une méthode, une structure opératoire, sauf à sombrer dans un scepticisme aussi paradoxal qu'indépassable consistant à penser que la seule connaissance qui soit certaine est qu'aucune connaissance ne serait certaine.

Ainsi, « Pour parvenir au savoir proprement dit, ou engendrer l'élément de la science qui est son pur concept, le savoir doit parcourir laborieusement un long chemin » (Hegel, 1966, p.69). Il est donc logique de disconvenir, par rapport au scepticisme radical, à condition de bien distinguer le sujet qui connaît et l'objet à connaître, ce qui exige une expérience cruciale au terme de laquelle le sujet éprouve d'une manière ou d'une autre le sentiment qu'il existe une résistance de l'objet. On fait alors l'expérience d'une séparation qui met d'un côté la réalité objective et, de l'autre, ce que l'on perçoit ou croit en comprendre.

C'est parce qu'il est confronté au réel que l'Homme va progressivement distinguer *l'en-soi* (c'est à dire le réel) du *pour-moi* (c'est à dire la réalité telle qu'il la pense ou plus exactement telle qu'il la saisit) (Hegel, 1966). La réalité, c'est que l'être humain, ici l'enfant en particulier, possède la capacité de résister à des chocs, la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité. C'est la thèse de la résilience. Dans *Un merveilleux malheur*, Cyrulnik écrit que la résilience consiste en : « la capacité de réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité » (2009, p. 8). L'enfant peut donc, en certaines circonstances, rebondir à la suite d'une chute, naviguer dans des torrents incontrôlables et renaître des chocs traumatiques grâce à des ressources internes, comme l'effort, l'énergie, l'intelligence ou la force, et externes comme l'environnement, dont les tuteurs de résilience, entre autres (Cyrulnik, 2009 ; Gayet, 2007 ; Szerman, 2006).

Un tuteur de résilience est un travailleur social, un enseignant, un éducateur, un psychologue, bref une personne qui, placée sur le chemin de l'enfant, le guide et le soutient. Le tuteur de résilience est un point d'appui qui rend possible la reprise d'un développement en aidant l'enfant à reprendre confiance en lui et à avoir un projet d'avenir après que ce dernier ait été exposé à des situations d'adversité (Lecomte, 2005 ; Cyrulnik, 2009 ; Anaut, 2006).

Même si tout individu a un capital de résilience, force est de constater que ce phénomène s'exprime de manière fort différente d'une personne à l'autre, en fait d'une situation à l'autre. De plus, on connaît peu la manière dont la résilience s'active (Kitzman, 2012) et le rôle des professionnels impliqués auprès des enfants dans ce processus d'activation (Anaut, 2006). Plusieurs auteurs (Bonanno, 2004 ; Cyrulnik, 1999 ; Manciaux, 2000 ; Lemay, 2000) soulignent l'importance, pour les recherches, de mettre l'accent sur ce processus d'activation de la résilience afin de développer une stratégie d'intervention plus adéquate.

En principe, la pratique professionnelle de protection de l'enfance offre à l'enfant rencontrant une forte adversité une occasion unique de rencontrer un tuteur de résilience, qui pourrait, voire devrait, contribuer à l'activation du processus de résilience. « La rencontre avec un tuteur de résilience favorise le processus de résilience, ce qui constitue en soi une piste de recherche intéressante » (Lighezzolo *et al.*, 2003, p. 93). Les professionnels de la protection de l'enfance, ceux qui sont spécifiquement impliqués auprès des enfants en protection, et qui les ont suivis sur une longue période, parfois jusqu'à leur sortie de ladite protection, sont donc des acteurs et des témoins de première importance dans le processus d'activation de la résilience. Pour sortir de la souffrance causée par la maltraitance, des ressources résilientes comme le courage, l'autodétermination, la volonté, mais surtout les interactions bienveillantes et bien-traitantes avec des tuteurs, sont nécessaires (Werner, 1993 ; Luthar, 2006).

Le tuteur de résilience est une figure capitale dans le processus de résilience, figure sur laquelle peut s'élaborer une stratégie d'intervention plus efficiente. Il permet progressivement la réparation, la reconstruction, la recomposition, la réconciliation de soi avec les autres en interaction. Pour Cyrulnik, avoir des tuteurs de résilience, qui connaissent la culture des personnes concernées, joue un rôle majeur dans le processus de résilience. Les enfants qui sont « traumatisés sont contraints à la bagarre » pour construire une place et « une vie qui peut devenir intéressante » (2009, p. 42), et cette bagarre est plus facile à gagner avec l'aide de tuteurs attentifs.

Werner (1993) et son équipe ont étudié des enfants d'Hawaï laissés à eux-mêmes, sans encadrement, sans éducation. Ces enfants ont été confrontés précocement à la pauvreté, à la maltraitance et à la rue. Ils provenaient évidemment de milieux défavorisés et vivaient dans une population sous-scolarisée. Werner et ses collaborateurs (1993) concluent que ces enfants vivant dans des contextes délabrés et d'adversité et accumulant de nombreux facteurs de risque, reprennent un chemin positif, entreprennent d'autres activités constructives, s'investissent dans une meilleure participation sociale, lorsqu'ils sont accompagnés par de tels tuteurs. Avec ces derniers, les enfants maltraités tissent des liens significatifs et connaîtront d'autres parcours de vie, une autre trajectoire (Gayet, 2007). Ces travaux longitudinaux mettent en évidence la dynamique intersubjective, interactionnelle et temporelle du processus développemental de la résilience par lequel les enfants acquièrent l'habileté à utiliser les ressources tant internes qu'externes pour réaliser une adaptation positive malgré l'adversité (Cyrułnik, 1999 ; Delage, 2000 ; Hanus, 2001).

Si l'on constate que de nombreux chercheurs s'intéressent surtout aux facteurs de résilience internes à l'individu (Bonanno, 2004 ; Cyrułnik, 1999 ; Manciaux, 2000 ; Lemay, 2000), et que plusieurs auteurs soulignent en principe l'importance de ce processus (Kitzman, 2012), on ne dispose que de très peu d'études sur le contenu concret de ce processus d'activation de la résilience. De plus, le peu d'études qui existent sur le sujet présentent des résultats peu fondés empiriquement (Dumaret, 2011), en traitant de la résilience tantôt d'un point de vue théorique, comme un processus générique ou potentiel, comme une capacité ou comme un résultat. En effet, on retrouve peu d'écrits décrivant, à partir de données empiriques, le processus d'activation du processus de résilience chez l'enfant (McGloin et Widom, 2001).

Plusieurs chercheurs s'entendent sur une définition générale et formelle de la résilience comme étant une adaptation positive de l'individu dans un contexte d'adversité majeure. Ainsi, la définition la plus répandue de la résilience est celle du processus, de la capacité ou du résultat, qui montre l'adaptation efficace d'un individu en dépit des circonstances de menace ou de défi qui se présentent à lui (Masten, 2001 ; Garmezy, 1991). Certains chercheurs, comme Glantz, et Johnson (1999), associent la résilience à l'habileté à tolérer, à s'adapter ou à surmonter les crises de la vie. Dans la littérature scientifique, la résilience est une caractéristique plus souvent attribuée aux enfants qu'aux adultes, même si elle peut se développer tout au long de la vie.

Dans la pratique professionnelle, on aborde souvent la résilience en considérant les enfants qui proviennent d'un milieu social défavorisé. Leur résilience, telle que le suggèrent Wang et Gordon (1994), s'explique alors comme la capacité à faire face, à s'adapter à des situations personnelles et environnementales difficiles, et à mener une vie convenable.

Malgré plusieurs convergences, les définitions se distinguent sur la notion d'adaptation. Par exemple, certains mettront la résilience en lumière dans l'adaptation d'un individu qui chemine vers le développement normal attendu (Wang et Gordon, 1994). À l'inverse, d'autres attestent que la maltraitance doit cesser pour que l'adaptation ait lieu, afin que l'enfant puisse poursuivre son développement (Cyrulnik, 1999 ; Manciaux, 2000 ; Lemay, 2000).

Même si ces définitions peuvent différer quelque peu d'une étude à l'autre, elles n'en sont pas pour autant contradictoires, puisque l'on retrouve toujours présent le risque de compromettre le développement de l'enfant, les conditions de vie difficiles ou l'adversité, et la capacité d'adaptation, comme noyau conceptuel central de chacune des définitions.

Malgré ces points de convergence, il est important de mentionner que la résilience demeure encore actuellement une notion imprécise, car elle propose davantage une approche descriptive que conceptuelle (Masten, 2001 ; Cyrulnik, 1999 ; Manciaux, 2000 ; Lemay, 2000). Il existe une variété de définitions de la résilience, ce qui peut potentiellement compliquer la tâche du lecteur pour s'y retrouver et pour en cerner les contours théoriques.

2.1. La résilience : émergence du concept

Afin de bien cerner en quoi consiste un concept, Walker et Avant (1995), dans leur méthode d'analyse de concept, suggèrent de déterminer quels sont les antécédents et les attributs essentiels du concept à l'étude. Dans un premier temps, l'antécédent et les conséquences de la résilience seront présentés. Puis, seront ensuite exposées la définition de la résilience selon plusieurs auteurs, suivie de l'origine du concept. Nous poursuivrons avec la présentation des divergences sémantiques entourant la résilience. Ensuite, afin de bien circonscrire le concept de résilience, il a été utile de préciser comment celle-ci se distingue d'autres concepts similaires

comme, entre autres, le coping. Enfin, la définition retenue dans le cadre de cette recherche sera présentée.

L'antécédent de la résilience, c'est-à-dire l'élément de base pour qu'il y ait résilience, est la présence d'un événement de vie perçue par l'individu comme étant un défi nécessitant une mobilisation importante d'énergie. La grande majorité des auteurs s'entendent sur cet antécédent (Cyrulnik, 2000 ; Anaut, 2001, 2002 ; Masten, 2001 ; Garmezy, 1991 ; Vanistendael et Lecompte 2000 ; Hawley, 2000 ; Glantz et Johnson, 1999 ; Rutter, 1999, 2002 ; Luthar, 2000). Ainsi, la maternité au même titre qu'un deuil ou un traumatisme peut susciter de la résilience chez l'individu, si cette situation est perçue comme un défi provoquant cette importante mobilisation d'énergie.

À l'époque de Newton, le terme « résilience » était utilisé en physique pour désigner un matériau à la fois capable de rebondir et capable de manifester une résistance aux chocs élevés. Le mot restera réservé à l'usage des physiciens, puis fera son entrée dans l'anglais courant pour désigner, par métaphore, la faculté pour un individu de recouvrer ses forces après un affaiblissement, ou le moral après une dépression. Les psychologues et psychiatres anglo-saxons se le sont approprié au début des années quatre-vingt.

L'étymologie du mot résilience aide à une meilleure compréhension. D'origine latine, résilience vient du verbe *resilio* [*re* + *salio*], le préfixe *re* indiquant un mouvement en arrière et le verbe *salire* signifiant sauter, bondir (Manciaux, 1997). Cette précision étymologique nous permet de comprendre la capacité de résistance qu'implique la résilience, qui oblige un retour sur soi-même, résistance à laquelle s'ajoute un caractère dynamique permettant de dépasser le choc initial.

La résilience fait l'objet de nombreux écrits, et provoque à la fois, engouement et critiques. Les premiers travaux sur la résilience viennent des pays anglo-saxons et nord-américains. Ce sont essentiellement Werner (1993), Rutter (2002) et Garmezy (1991) qui ont donné vie au concept de résilience.

2.2. Divergences sémantiques

Pour certains chercheurs, la résilience est un processus dynamique. Cette perspective est plus répandue chez les auteurs européens (Delage, 2004; De Tychey, 2001; Anaut, 2002; Manciaux, 2001; Cyrulnik, 2000). De ce point de vue, les circonstances, les contextes, la nature des maltraitances et les étapes de vie exercent une influence sur la capacité de résilience. Un événement traumatique ou extrême peut faire basculer la vie d'une personne et entraver son développement ultérieur. Donc, l'enfant réputé résilient n'est pas invulnérable. Une répétition du traumatisme peut rouvrir une plaie émotionnelle déjà cicatrisée. La résilience est le fait de rebondir après une épreuve, même si le traumatisme survient à l'âge adulte. Le mot peut aussi désigner la capacité de faire face à l'adversité Cyrulnik (2000). Cette perspective est proche de la notion de *coping*.

Pour d'autres chercheurs, la résilience est un processus menant à un résultat caractérisé par le fait de s'en sortir, de rebondir, suite à une adversité, avec de nouvelles habiletés. Cette perspective est très répandue chez les auteurs anglo-saxons (Luthar et Cicchetti, 2000). Certains auteurs ne parlent de « résilience » que si la personne a été traumatisée dans l'enfance. Le mot peut alors simplement évoquer l'idée de « bien s'en sortir ». Dans le processus dynamique, l'enfant rebondi, alors que dans le processus menant à un résultat, l'enfant rebondi avec de nouvelles habiletés, par exemple, il est capable d'apprendre ou de conseillers ceux qui font face à la maltraitance, en plus de mener une vie socialement acceptable. Dans tous les cas de figure, il faut une situation d'adversité, pour que puisse émerger la résilience.

Ce manque de consensus a donc pu nuire à l'utilisation du concept par les professionnels étant donné le flou entourant son interprétation. Il était alors difficile de s'entendre sur ce que représentait la résilience et sur la façon d'intervenir pour la favoriser. Cette multiplicité d'interprétations semble avoir eu un impact sur le nombre de recherches scientifiques portant sur la résilience. En effet, il est difficile pour un chercheur d'élaborer une recherche quand le sujet d'étude n'est pas clairement défini.

Le paradigme dans lequel les auteurs se situent influence également la conception et la perception qu'ils ont de la résilience. Ainsi, un des paradigmes qui a été influent dans l'étude de la résilience est la psychologie développementale. Selon cette branche de la psychologie, la résilience est un processus dynamique qui ne sera jamais acquis définitivement (Anaut, 2003 ; Gilligan, 2000; Cyrulnik, 2000).

Le stress familial est un autre domaine qui a influencé le développement du concept de résilience. Cette perspective précise que la personne, la famille ou la communauté, ne peut devenir résiliente, tant que le risque ou la situation considérée comme potentiellement dangereuse à laquelle elle a été soumise ne cesse (Manciaux, 2001; Vanistendael, 2000).

La divergence sémantique devient plus prononcée dès que l'on constate que la résilience peut être comprise en termes de capacité, de processus ou de résultat (Lecomte, 2000; Anaut, 2003 ; Glantz, 1999; Jonhson, 1995).

La résilience comme capacité

Plusieurs chercheurs considèrent la résilience comme la capacité à réussir, à vivre, à se développer en dépit de l'adversité (Manciaux, 2001); Vanistendael, 2000; Lecomte, 2000; Luthar, 2000). Cette capacité de résilience, qui peut être individuelle ou familiale, est pour certains innées (traits de personnalité) (Masten, 2001), pour d'autres, construites dans la relation à autrui (Luthar, 2000). Pour ces derniers, la résilience pourrait être stimulée par des interventions. Une revue de la littérature montre que la plupart des chercheurs s'accordent pour considérer que la résilience se construit dans l'interaction sujet-environnement. Cependant, les premiers estiment que c'est au contraire la capacité de résilience individuelle du sujet qui lui permet d'agir sur son environnement de manière significative (Anaut, 2002). Ainsi, la capacité de résilience en tant que caractéristique individuelle permet à l'individu qui la possède de construire un fonctionnement spécifique dans la rencontre avec son environnement. La capacité de résilience détermine de ce point de vue la manière dont l'individu appréhende son monde, pour pouvoir mettre en place ses facultés et ses potentiels en rapport avec les liens intersubjectifs

et le contexte social et culturel, ce qui lui permet de se développer dans des conditions incroyablement adverses. Certains auteurs (Manciaux, 2001; Anaut, 2008) postulent l'existence d'un seuil de tolérance individuel et variable suivant les sujets, leurs caractéristiques individuelles et développementales, ou leur âge. La résilience dépend des facteurs de protection qui modifient les réactions aux dangers présents dans l'environnement affectif et social, en atténuant les effets aversifs.

La résilience comme résultat

« La résilience réfère à une classe de phénomènes caractérisés par de bons résultats en dépit de menaces sérieuses pour l'adaptation ou le développement » (Masten, 2001, p. 227). D'autres auteurs anglo-saxons, tels Luthar et Cicchetti (2000), considèrent donc la résilience comme un résultat, en l'occurrence le fait de s'en sortir, de rebondir, suite à une adversité, avec de nouvelles habiletés. Dans cet ordre d'idées, la résilience peut être abordée en termes de résultats de fonctionnement, c'est-à-dire comme le résultat d'un comportement ou d'un ensemble de comportements qui est observé en tant que manifestation de la résilience. Cependant, s'il fallait parler de résilience uniquement en présence de résultats positifs, on risquerait de la réduire à un caractère figé, comme si le résultat d'un fonctionnement résilient supposait que le sujet avait acquis une structure résiliente une fois pour toutes. Si la résilience dépend de l'interaction entre différentes conditions internes et externes à l'individu, elle est donc variable suivant l'évolution interne et les changements du contexte environnemental dans lequel ce dernier évolue. Cette conception évite la désignation de chanceux, porteurs des traits de la résilience, et des malchanceux, les autres. Dans ce cas, Anaut (2000) considère que les observations cliniques et les recherches qui ont traité de cette question ont mis en évidence que la résilience chez un individu n'était pas acquise une fois pour toutes, et qu'elle ne correspondait pas à un mode de fonctionnement statique, inné, mais évolutif et relationnel aux circonstances. L'être humain étant par définition en développement tout au long de sa vie, et les structures environnantes changeantes, le fonctionnement résilient est donc également fluctuant. Pour se maintenir, il lui faut évoluer, bref, s'adapter avec les changements de son contexte de réalisation.

La résilience comme processus dynamique

La résilience constitue donc, selon nous, une réponse individuelle et dynamique aux situations difficiles; elle demeure avant tout plastique et peut évoluer au cours de la vie. Ce n'est pas l'événement en soi, mais l'incapacité de donner une réponse individuelle et dynamique face à ces situations difficiles qui provoque la cassure et la souffrance. Cette capacité n'est pas innée, mais construite dans un environnement qui l'entrave et lui permet d'émerger. Une accumulation d'événements de vie négatifs peut finir par produire un niveau de tension trop élevé et dépasser les capacités d'élaboration du sujet, quel que soit la qualité du fonctionnement du sujet réputé résilient (Ungar, 2004). D'où l'importance de ne pas occulter la souffrance qui peut accompagner le recours à des processus résilients. Par exemple, dans les interventions cliniques, il ne faudrait pas mésestimer la part de souffrance éventuellement liée à la mise en place de procédures défensives chez les sujets dits résilients, sinon, on risquerait de considérer à tort leur résilience comme une invulnérabilité face aux maltraitances. Au contraire, cela pourrait avoir pour effet de faire vivre à l'enfant un nouveau sentiment d'échec face à son impossibilité de réaliser la promesse de la résilience. Les failles ou ruptures de résilience, qui se traduisent parfois par des passages à l'acte suicidaire, invitent à une grande prudence dans les interventions auprès des sujets dits résilients. Car même s'ils paraissent s'en sortir en développant un processus résilient, ils n'en sont pas pour autant invulnérables. Des personnes résilientes à tout et en tout temps n'existent pas. Le sujet résilient demeure un être qui a été blessé, dont la blessure n'est pas toujours cicatrisée et dont la souffrance peut être masquée par la conduite résiliente. La résilience n'est pas synonyme d'invincibilité ou d'insensibilité, mais s'appuie sur une dynamique impliquant la souplesse des modalités d'adaptation sans cesse sollicitées et mise à l'épreuve. Cela explique sa variabilité chez un individu dans le cours de son développement. La résilience relève donc d'un processus dynamique et évolutif et non d'une caractéristique donnée une fois pour toutes. Ce processus est donc relationnel et inscrit dans un environnement plus ou moins soutenant de l'expression de la résilience.

2.3. *Coping* et résilience

Le *coping*, est un terme anglais provenant de *to cope*, qui signifie faire face. C'est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux déployés par le sujet afin de maîtriser, réduire ou d'endurer les maltraitances dans le but de les surmonter (Fisher, 1994). Certains auteurs francophones traduisent le *coping* par stratégies d'ajustement, ou encore par comportements d'ajustement (Powley, 2009; Anaut, 2003), Il s'agit d'actions concrètes mises en place par les individus pour s'adapter et s'ajuster aux situations difficiles, en réduisant les impacts, afin de cheminer vers la résilience (Anaut, 2002; Cyrulnik, 2000; Delage, 2004; de Tychev, 2001). Alors que la résilience concerne la capacité à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse, le *coping* s'effectue davantage en cours d'adversité; il constitue la première étape du processus de résilience.

Le *coping* fut développé principalement par Lazarus et Folkman au début des années 1980. Il fait référence à l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux en évolution constante et développés dans le but de maîtriser des demandes internes et/ou externes qui sont évaluées comme excédant les ressources de l'individu. Ce qui distingue la résilience du *coping*, ce sont surtout les notions de croissance et de rebondissement qui représentent une conséquence de la résilience (Anaut, 2003). Ainsi, lorsqu'une personne ou une famille s'adapte à une situation de risque, elle n'a pas nécessairement à grandir ou à apprendre de cette expérience, ce qui est le cas lorsqu'elle fait preuve de résilience. De plus, selon Anaut (2003), une autre distinction entre les deux concepts vient du fait que le *coping* fait davantage référence à une résistance, à une réponse immédiate, alors que la résilience, au contraire, implique un effet durable sur la trajectoire de vie. En effet, lorsqu'une personne ou une famille fait preuve de résilience face à une situation, il semble y avoir davantage de changements profonds chez elle en lien avec le processus de résilience développé. On peut noter, par exemple, des changements de valeurs, du sens donné à la vie, etc.

Malgré les différences, la résilience inclut le coping, car le coping précède la résilience. Bref, le coping est une composante de la résilience. Les stratégies de coping participent à la résilience considérée comme un processus plus vaste (Anaut, 2002; Cyrulnik, 2000; Delage, 2004; de Tychev, 2001). C'est dans la phase du coping, considérée comme la

première phase de la résilience, que l'individu s'adapte à la situation difficile. Ainsi, le processus de résilience se construit et s'installe de façon relativement durable et structurée.

Fisher (1994) explique que le *coping* est un processus actif par lequel la personne se débrouille face à une situation stressante et réussit à la maîtriser pour se sortir d'embaras. « Tous les chercheurs s'accordent pour dire que le coping vise à maintenir l'adaptation psychosociale d'une personne pendant les périodes de stress » (Dumont et Plancherel, 2001, p. 59). La pertinence du *coping* pour notre recherche s'explique par le fait que c'est un passage, voir une étape, incontournable dans le cheminement vers la résilience.

La littérature scientifique dénombre quatre (4) types généraux de stratégies de *coping*: 1) celle centrée sur l'émotion, qui vise la régulation de la détresse émotionnelle; 2) celle centrée sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet; 3) le *coping* évitant, qui permet, par des stratégies passives (évitement, fuite, déni, résignation, etc.), de réduire la tension émotionnelle; et 4), le *coping* vigilant, qui permet, par des stratégies actives (recherche d'informations, de soutien social, de moyens etc.), d'affronter la situation pour la résoudre (Fisher, 1994).

Selon Lazarus et Folkman (1984), le *coping* possède deux fonctions principales : maîtriser ou modifier le problème qui entraîne du stress dans l'environnement (*coping* focalisé sur le problème) ou réguler la réponse émotionnelle au problème (*coping* focalisé sur l'émotion). Ces deux catégories de *coping* s'influencent mutuellement lors d'une situation de confrontation donnée.

2.4. Attachement, maltraitance et placement

L'homme est un être culturel, alors que les animaux sont des êtres naturels. En ce sens, le lien familial dépend des valeurs culturelles des familles. Les enfants réagissent vivement à toute variation de l'environnement. Ce qui implique qu'ils y sont très sensibles et qu'ils possèdent une mémoire leur permettant de reconnaître la nature de l'interaction avec leur entourage. Bowlby (1969) décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour

objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. Dans le cadre de cette recherche, l'attachement revêt une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration. La mère, ou son substitut le tuteur de résilience, constitue une base de sécurité pour l'enfant, une figure d'attachement vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement, ce qui facilitera le processus de résilience.

Tout au long du 20ème siècle s'est construite progressivement une image de l'enfant comme un être humain à part entière, capable d'intelligence et d'émotions. Les travaux fondateurs du psychiatre britannique John Bowlby ont révélé le rôle de l'attachement précoce. En 1969, il publie un ouvrage majeur, « *Attachment and loss* », dans lequel il développe sa théorie de l'attachement qui offre un appui théorique extrêmement valable, non seulement dans la compréhension des effets de la maltraitance vécue dans l'enfance sur le développement affectif et intellectuel, mais également dans les efforts visant le renforcement des mécanismes de défense possiblement présents chez l'enfant maltraité, susceptibles de limiter les effets délétères de la maltraitance. Nous pensons que l'attachement avec le tuteur de résilience est un bon indicateur de l'enclenchement du processus d'activation de la résilience.

La théorie de l'attachement stipule en substance qu'un attachement adéquat survient lorsque l'enfant développe, dès les premiers instants de sa vie, avec sa mère ou avec la personne de son environnement immédiat qui la remplace, une relation chaleureuse, intime et durable dans laquelle chacun retire du plaisir et de la satisfaction (Bowlby, 1969). Pour Bowlby (1969), l'attachement fait partie des besoins primaires : de même qu'il doit s'alimenter pour grandir, l'enfant doit aussi, pour se développer, pouvoir trouver sécurité et réconfort par un lien privilégié avec l'adulte. Bowlby s'appuie sur ses observations de jeunes enfants et de familles, tout en utilisant les apports de l'éthologie et de la psychologie cognitive. Selon lui, les enfants développent des stratégies adaptatives différentes selon la manière dont on en prend soin. L'attachement est tranquilisant, la figure maternelle offrant à l'enfant un contenant psychique qui compense son immaturité.

La théorie de l'attachement joue un rôle important dans la compréhension des processus d'élaboration des liens entre l'enfant et ses premières figures d'attachement, puis, suite à un placement par exemple, entre l'enfant le tuteur de résilience. Ce domaine de recherche prolifique

énonce clairement que les interactions tuteur-enfant empreintes de chaleur, de cohérence et de prévisibilité servent de fondements à la construction d'un lien d'attachement sécurisant chez l'enfant. La théorie de l'attachement démontre l'impact de la négligence et de la maltraitance sur la qualité des interactions parent-enfant et, conséquemment, sur le développement global des enfants. Elle insiste également sur les conséquences des ruptures précoces auxquelles sont exposés les enfants placés (Bowlby, 1969, 1980). Lorsque des mesures de placement doivent être envisagées pour un enfant, la théorie de l'attachement présente des bénéfices développementaux d'un lien d'attachement sécurisant avec le tuteur de résilience. Cette plateforme théorique constitue un aspect important pour la présente étude car elle contribue dans la compréhension des mécanismes en place dans les processus activationnels de la résilience chez l'enfant maltraité.

Plus les interactions précoces entre l'enfant et son pourvoyeur de soin sont de bonne qualité, meilleure sera la régulation émotionnelle, et plus rares possibles seront les troubles ultérieurs du comportement chez l'enfant, puis l'adolescent. Il est important de comprendre l'attachement et d'appréhender les liens étroits qui peuvent exister entre non-attachement et maltraitance. La maltraitance est en effet une véritable pathologie de l'attachement qui affecte le sentiment d'existence chez l'enfant (Bowlby, 1969). L'attachement est important (Bowlby, 1969 ; Ainsworth *et al.*, 1978) pour fournir à l'enfant les bases nécessaires au développement d'un sentiment d'existence, de sécurité, d'estime de soi, et de confiance en soi, dans ses relations ultérieures.

Les travaux dans ce domaine illustrent également combien la séparation parent-enfant durant la petite enfance peuvent être difficiles à négocier pour l'enfant (Main, Hesse, & Goldwyn, 2008). Les enfants qui expérimentent la perte de leur parent pour des raisons de maladie ou de décès vivent des difficultés importantes sur le plan émotionnel, difficultés notamment attribuables à la désorganisation que ces changements impliquent dans le lien avec leur parent.

Les travaux menés par Bowlby vont grandement contribuer à mettre à jour ces difficultés chez les enfants placés, au travers des études qu'il mène à partir de 1969 autour de la question des séparations précoces. Il s'appuie sur une méthode expérimentale basée sur l'observation directe de jeunes enfants séparés de leur mère. La durée de la séparation, l'âge auquel elle est

réalisée, la répétition des séparations, les carences antérieures à la séparation et l'existence ou non d'un substitut maternel durant l'absence de la mère, déterminent la gravité des symptômes. Grâce à ses recherches effectuées dans les années 1950-1970, Bowlby fait état des conséquences graves du placement chez le jeune enfant, mais il se heurte à des réactions de déni chez les défenseurs du placement.

D'autres cliniciens rejoignent Bowlby sur les risques liés au placement. C'est notamment le cas de René Spitz qui a mené une étude approfondie sur la situation d'enfants exposés à des carences affectives en institution.

Pommereau (1997) insiste sur le fait, par exemple, que l'une des principales causes du suicide chez les enfants maltraités, le dénominateur commun entre ceux ayant exprimé le désir, mais n'ayant pas passé à l'acte, c'est le sentiment de non-existence. En effet, un enfant ne peut penser au suicide sans éprouver un sentiment intolérable de non-existence. Sous l'emprise de la maltraitance, l'enfant n'ayant pas développé un lien d'attachement positif, éprouve le sentiment de ne pas compter, de ne pas être là, de ne pas être vu, reconnu, aimé, entouré, à tort ou à raison.

Le sentiment de non-existence est absolument nécessaire pour qu'émerge dans la tête de l'enfant maltraité l'envie de se suicider. Ce dernier désigne les autres, son entourage, comme, soit responsable, soit impliqué dans cette non-existence, puisque par définition il ne peut se sentir existé que si son entourage le reconnaît. Un lien affectif positif avec un adulte peut contribuer à fournir un encadrement adéquat propice, permettant à l'enfant de se sentir sécurisé, valorisé, ce qui engendre le sentiment d'existence nécessaire pour construire son estime de soi. Pommereau (1997) émet l'hypothèse selon laquelle la tentative de suicide chez les enfants maltraités vise à atteindre son entourage plus qu'eux-mêmes, dans la tête duquel réside cet espoir terrible d'exister d'avantage mort que vivant, en occupant la mémoire de ceux qui restent. Dans le suicide, il n'y a pas que soi qu'on tue, mais également les autres qu'on tue à travers soi. Il ne peut y avoir de suicide sans qu'un autre ou sans que des autres ne soient interpellés, attaqués, voire désignés à travers cet acte. L'enfant désigne à travers sa tentative de disparition, ceux qui en sont responsables, parce qu'ils n'ont pas su ou voulu faire qu'il puisse se sentir existé (Pommereau, 1997).

CHAPITRE 3: QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Certains enfants sont résilients, alors que d'autres pas. C'est un fait connu et amplement étudié par plusieurs chercheurs et praticiens (ex. : Cyrulnik, 2000 ; Manciaux, 2001 ; Lemay, 2000) qui confirment que certains enfants trouvent le moyen de se développer, voire de s'épanouir, en dépit du fait qu'ils soient exposés aux mauvais traitements, et vivent dans des contextes difficiles. Le chapitre 3 présente la question et les objectifs de recherche guidant cette étude. On y présente en premier lieu les objectifs, puis suivent la question de recherche et la pertinence scientifique, professionnelle et sociale de l'étude.

3.1. Objectifs de recherche

Cette étude vise à expliciter le processus d'activation des processus de résilience chez l'enfant ayant vécu dans des contextes difficiles, à partir d'une perspective de type *récit de pratique*, compris comme une composition des faits et des expériences vécues, retravaillées par la mise en récit effectuée par le sujet. La pertinence de cette perspective a d'ailleurs déjà été affirmée dans des contextes interdisciplinaires, proches du travail social (sociologie, psychologie, anthropologie, éducation) (Darrault-Harris, 1993 ; Konichekis, 1999 ; Stern, 1999). Elle permet de mettre en lumière l'intelligibilité des processus narratifs des professionnels, impliqués sur une longue période, auprès des enfants sous la responsabilité de la protection de l'enfance.

De façon spécifique, cette thèse vise la mise en lumière du processus d'activation de la résilience chez l'enfant ayant été exposé à la maltraitance à partir d'une perspective de type *récit de pratique* explicitée par les tuteurs de résilience.

La particularité de cette recherche, c'est qu'elle vise de façon spécifique à mieux comprendre le processus d'activation de la résilience chez des enfants de l'Ontario sous la

responsabilité de la protection de l'enfance, via la lentille des savoirs pratiques des tuteurs de résilience. En d'autres termes, cette étude s'intéresse non pas simplement à la résilience chez les enfants, c'est-à-dire au fait que certains enfants trouvent le moyen de s'en sortir, mais surtout à mieux comprendre le processus d'activation, c'est-à-dire la façon dont il se met en branle à travers le point de vue des intervenants. Cette recherche cherche à contribuer et à renforcer les pratiques professionnelles, et éventuellement organisationnelles, qui favorisent l'efficacité de la protection de l'enfance, grâce à des processus relationnels favorisant l'activation des ressources de résilience de ces enfants (Powley, 2009).

3.2. Question de recherche

Notre question de recherche nous invite à la fois à revisiter tout un champ théorique, scientifique et pratique qui aborde la question du processus d'activation de la résilience à partir des savoirs pratiques des tuteurs de résilience. Cette interaction entre tuteurs de résilience, enfants en contextes difficiles et activation du processus de résilience, constitue le cœur de notre recherche.

Au regard de ce qui précède, la présente étude vise à répondre à la question suivante :

Comment se constitue le processus d'activation de la résilience chez certains enfants placés, réputés résilients, à partir de la pratique de tuteurs de résilience ?

Concrètement, il s'agira de mettre en lumière l'intelligibilité des processus narratifs de ces professionnels-tuteurs impliqués sur une longue période auprès d'enfants en protection de l'enfance.

3.3. Pertinence scientifique, professionnelle et sociale

À l'instar d'Anaut (2008), nous prenons position sur le fait que la recherche en sciences humaines appliquées, plus spécifiquement en travail social, doit s'intéresser à la pratique elle-même, et non pas seulement à ses « objets » d'application, comme les populations, les problèmes sociaux, etc., ce que font généralement les recherches universitaires classiques. D'un point de vue scientifique, professionnel et social, cette recherche se fait dans l'optique de produire des connaissances utiles pour l'action, de manière scientifique.

Entre une recherche fondamentale, nécessaire mais actuellement limitée dans sa capacité de soutenir la pratique professionnelle des travailleurs sociaux, et des travaux de type auto-réflexif, également utiles, mais limités, eux, dans leur portée scientifique, il nous paraît y avoir place pour le développement d'une recherche qui articulerait les ressources des disciplines fondamentales et l'investigation des savoirs pratiques. « Compte tenu des effets néfastes des mauvais traitements envers les enfants, il existe un besoin continu de recherche dans ce domaine » (Houshyar et Kaufman, 2005, p. 181). Des travaux de recherche appliquée adaptés au travail social fourniront à l'intervenant impliqué auprès d'enfants sous mandat de protection des résultats probants sur lesquels il pourra s'appuyer pour améliorer son intervention visant l'activation du processus de résilience. Comme l'indique Powley (2009), ces travaux pourront soutenir le développement professionnel des intervenants et la mise à jour des formations initiales des futurs professionnels de la protection de l'enfance.

L'une des questions fondamentales qu'un chercheur doit se poser concerne en effet les applications pratiques de sa recherche. « L'un des objectifs des recherches dites appliquées concernant la résilience consiste non seulement à étudier les processus résilients mais à tenter de proposer des modes d'activation de ces processus » (Anaut, 2008, p. 110). Cela s'appuie sur l'hypothèse implicite d'une résilience envisagée comme un potentiel en devenir chez les enfants maltraités. Selon Anaut (2008), il est possible d'étudier la formation des processus résilients face à l'adversité afin de comprendre leur fonctionnement. Les applications pratiques d'un tel processus de résilience peuvent concerner les prises en charges individuelles ou groupales des enfants maltraités, ou l'utilisation du modèle de l'activation de la résilience dans les champs de la prévention. Les pratiques de prévention visent à modérer les effets délétères dans le cadre

d'une anticipation des conséquences négatives des risques encourus par les sujets, en raison des déterminants sociaux qui les concernent. Ainsi, de nombreux chercheurs et praticiens explorent des méthodes d'aide auprès des enfants, à partir des théories de la résilience. Selon Anaut (2008) beaucoup reste cependant à explorer autour du processus de résilience, tant du point de vue théorique, mais plus encore quant à ses conditions cliniques de mise en œuvre.

CHAPITRE 4 : POSITONNEMENT THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

Introduction

Afin d'inscrire cette recherche dans un cadre scientifique rigoureux, il nous faut à présent préciser notre posture de recherche, c'est-à-dire l'ancrage épistémologique, théorique et conceptuel qui la caractérise. Le cadre théorique explicite les fondements de la perspective adoptée pour orienter la recherche, alors que le cadre conceptuel est plus opérationnel et répond au souci de désignation des concepts clés sous-jacents à l'étude et à leur clarification en vue de préciser la perspective dans laquelle ils sont utilisés (Paillé et Mucchielli, 2008).

Bachelard (2004) nous rappelle le caractère relationnel des concepts qui les rend générateurs à la fois de sens, de compréhension, et également de cohésion. Pour lui, tout concept est à la fois un inter-concept, parce qu'il est en relation avec d'autres tout en permettant de saisir la réalité d'une façon assez spécifique. Paillé et Mucchielli proposent que la recherche fasse appel à un cadre théorique large et souple considéré comme une « carte provisoire du territoire » (2008, p. 310). Cette carte est composée à la fois de connaissances générales et spécifiques à propos du phénomène à l'étude, ainsi que des repères interprétatifs.

4.1. Une recherche qualitative et compréhensive

La présente thèse se fonde sur une recherche qualitative, plus spécifiquement sur une recherche dite appliquée, qui cherche par une approche compréhensive à reconstruire le sens du phénomène plutôt que son explication ou sa justification par une preuve objective. Nous ne sommes pas dans une « posture positiviste » où l'observation du phénomène à l'étude est détachée de l'expérience du sujet, qu'il soit participant à l'étude ou le chercheur lui-même. En effet, c'est la subjectivité en situation et en action de vie qui est interrogée et qui apporte des faits nouveaux de connaissances à propos du thème de l'activation du processus de résilience

appréhendé à travers les savoirs pratiques des tuteurs de résilience. C'est ce que Bois explique lorsqu'il écrit :

Tout en partant de notre activité de recherche sur la personne humaine et prenant comme sujet de recherche, les stratégies d'activation de la résilience à travers les savoirs pratiques des travailleurs sociaux en protection de l'enfance..., la recherche est ainsi appliquée, impliquée, dans le double sens de l'implication dans l'action et l'implication (2007, p.129)

Cette recherche qualitative est également d'inspiration phénoménologique. Selon Paillé, l'analyse qualitative ainsi inspirée est particulièrement pertinente pour recueillir et analyser les données qui sont en rapport avec une expérience humaine, surtout si elle est complexe, porteuse d'histoire, de singularité et de sens. Les données qualitatives en question sont les « témoignages, récits de pratiques » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.9).

Une telle approche centrée sur l'expérience appelle des méthodologies capables de s'en approcher. Le choix des entretiens en face à face, comme méthode de collecte de données, contribue à s'approcher du vécu des enfants exposés à la maltraitance, à travers celui des intervenants impliqués auprès d'eux. Tous ces vécus appartenant à la subjectivité questionnée sont de nature singulière et hautement subjective. Ce rapprochement du vécu permet d'accéder à la dimension existentielle qui se découvre au contact du sensible :

Dans cette perspective existentielle, par l'expérience nous touchons à une potentialité fondamentale de l'être humain à la condition de réaliser un travail de fond à la hauteur de la fibre humaine. Dans chacune de ces dimensions, l'expérience vivante est le point d'ancrage à la question de la réalisation de soi comme sens de la vie humaine. (Bothuyne, 2010, p.45)

Comme nous le disent Paillé et Mucchielli: « la donnée qualitative est au centre de l'expérience humaine » (2008, p.51). Ainsi, la présente étude se fonde sur une épistémologie compréhensive phénoménologique. Legendre définit l'épistémologie comme « l'étude critique de la connaissance, de ses fondements, de ses principes, de ses méthodes, de ses conclusions et des conditions d'admissibilité de ses propositions » (1993, p. 549). L'épistémologie propose de porter un regard sur le statut et la valeur de la connaissance en apportant des réponses à trois principales questions : « Qu'est-ce que la connaissance ? Comment est-elle constituée ou

engendrée ? Et comment apprécier sa valeur ou sa validité ? » (Le Moigne, 1995, p.4). Étymologiquement, le mot « épistémologie » est construit sur le grec épistémê qui veut dire connaissance, science, et logos, soit le discours sur la science. Suivant cette étymologie, l'épistémologie est ainsi le discours rationnel sur la connaissance et la science. L'épistémologie n'est donc pas une science, mais une réflexion sur la science, une théorie de la connaissance.

La méthodologie utilisée visait donc à s'approcher de l'interaction entre l'environnement social et l'individu comme lieu et moment privilégié pour l'étude du processus d'activation de la résilience. Étant donné que, fondamentalement, la résilience est un concept intersubjectif, Cyrulnik (1999) rappelle qu'elle ne peut naître, croître et se développer que dans l'interaction. Les capacités adaptatives des sujets engagés dans un processus d'activation de la résilience ne peuvent émerger qu'à partir de liens significatifs inscrit dans un environnement, celui de l'enfant, celui des tuteurs de résilience et, surtout, celui de leur rencontre.

En plus d'être compréhensive, cette étude a aussi une visée d'application et un objectif de formulation de recommandations. Nous optons par exemple pour une orientation théorique selon laquelle la résilience est le fruit d'une interaction entre l'environnement social et l'individu, médiée par le tuteur. Cela pose la situation d'intervention comme un espace essentiel que les résultats de la recherche peuvent chercher à influencer. La capacité du praticien à pouvoir interroger les types de savoirs et les méthodes sur lesquelles s'appuient sa pratique représente une condition *sine qua non* pour une meilleure compréhension de l'humain. Cette perspective permet de proposer des pistes de solution adaptés à ses pratiques. Pour ce faire, il faut parfois une mise en commun des compétences pouvant ne pas être compatibles avec une démarche scientifique dans les limites d'un savoir discipliné. La construction de solutions crée parfois des problèmes inédits, imprévus, autonomes, bref, d'autres problèmes à découvrir.

Nous priorisons la perspective interactionniste, compréhensive et phénoménologique parce qu'elle nous paraît être mieux adaptée à la réalité de la pratique à l'étude, parce que les professionnels doivent souvent baser leurs interventions sur les interactions entre différentes entités en grande partie interdépendantes. La perspective interactionniste étudie et définit la réalité à partir de la façon dont elle est construite dans l'interaction. Selon cette perspective, l'individu est susceptible de surmonter les obstacles qui bloquent son cheminement vers une

existence pleine et entière, gratifiante et reconnue par les autres (Morissette, 2010). C'est une perspective de recherche qui, globalement, amène à concevoir le monde social sous l'angle des interactions appréhendables par la narration. « Les troubles précoces provoquent des effets précoces, qui peuvent durer, si l'environnement social en fait des récits permanents » (Cyrułnik, 1999, p. 89); à contrario, le récit réarrangé dans le cadre d'une interaction signifiante entre l'enfant et des tuteurs de résilience peut contribuer à soutenir le processus de résilience. Il paraît donc logique que la recherche sur le processus d'activation de la résilience tienne compte de l'interaction des tuteurs de résilience, telle que mise en récit par eux.

Cadre conceptuel

La partie qui suit présente le cadre conceptuel sur lequel s'appuie la recherche. Y sont exposés les concepts utilisés. La définition des sous-concepts reliés à la résilience y est également exposée, ainsi que leur pertinence dans le contexte de cette recherche.

4.2.1. Le concept de maltraitance

L'Organisation Mondiale de la Santé décrit la maltraitance comme étant :

Toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. (2006, p.10).

Bien que très utile, une définition universelle comme celle de l'OMS ne peut tout dire. Ainsi, chaque pays ou contexte peut se l'approprier et lui donner un sens spécifique. Chaque juridiction définit ainsi légalement ce qu'elle juge être acceptable et inacceptable en matière de comportement à l'égard des enfants. En Ontario, la définition légale des mauvais traitements figurant dans le paragraphe 79 de *la LSEF* propose qui suit : article 79. (1) « mauvais traitements

» S'entend de maux physiques, d'une atteinte aux mœurs ou d'une exploitation sexuelle dont un enfant est victime.

Mauvais traitements

- (2) La personne responsable d'un enfant ne doit pas :
- a) ou bien lui infliger de mauvais traitements ;
 - b) ou bien par le fait de ne pas subvenir à ses besoins ou de ne pas le surveiller et de ne pas le protéger convenablement :
 - (i) soit permettre que l'enfant subisse de mauvais traitements,
 - (ii) soit permettre que l'enfant souffre d'un état mental, affectif ou de développement qui, s'il n'y est pas remédié, pourrait porter gravement atteinte à son développement.

Selon l'article **81. (1)**

« Subir de mauvais traitements » S'entend d'un enfant qui a besoin de protection au sens de l'alinéa 37 (2) a), c), e), f), f.1) ou h). L.R.O. 1990, chap. C.11, par. 81 (1) ; 1999, chap. 2, art. 29.

Enfant ayant besoin de protection

- (2) Est un enfant ayant besoin de protection :
- a) l'enfant qui a subi des maux physiques infligés par la personne qui en est responsable ou, selon le cas :
 - (i) causés par le défaut de cette personne de lui fournir des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de le protéger convenablement, ou résultant de ce défaut,
 - (ii) causés par la négligence habituelle de cette personne pour ce qui est de lui fournir des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de le protéger, ou résultant de cette négligence ;
 - b) l'enfant qui risque vraisemblablement de subir des maux physiques infligés par la personne qui en est responsable ou, selon le cas :
 - (i) causés par le défaut de cette personne de lui fournir des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de le protéger convenablement, ou résultant de ce défaut,
 - (ii) causés par la négligence habituelle de cette personne pour ce qui est de lui fournir des soins, de subvenir à ses besoins, de le surveiller ou de le protéger, ou résultant de cette négligence ;
 - c) l'enfant qui a subi une atteinte aux mœurs ou qui a été exploité sexuellement par la personne qui en est responsable ou par une autre personne si la personne qui en est responsable sait ou devrait savoir qu'il existe des dangers d'atteinte aux mœurs ou d'exploitation sexuelle et qu'elle ne protège pas l'enfant ;
 - d) l'enfant qui risque vraisemblablement de subir une atteinte aux mœurs ou d'être exploité sexuellement dans les circonstances mentionnées à l'alinéa c) ;

- e) l'enfant qui a besoin d'un traitement médical en vue de guérir, de prévenir ou de soulager des maux physiques ou sa douleur, si son père ou sa mère ou la personne qui en est responsable ne fournit pas le traitement, refuse ou n'est pas en mesure de donner son consentement à ce traitement, ou n'est pas disponible pour ce faire¹².

Pour définir légalement le mauvais traitement des enfants en Ontario, nous devons nous reporter à des paragraphes précis de la loi qui indiquent les situations où l'on juge qu'un enfant a besoin de protection. Comme nous le voyons, cependant, les définitions données ne sont pas nécessairement claires et précises. Que signifie « maux physiques » mentionné à l'alinéa 37 (2) a) ? Le Petit Robert définit le mal par « ce qui cause de la douleur, de la peine, du malheur ; ce qui est mauvais, nuisible, pénible » ; mais la définition légale inclut-elle toutes les formes de dommages ou de souffrance ? Ceci prête à confusion, particulièrement au Canada, où les parents ont le droit légal de faire mal à leurs enfants en leur infligeant un châtement corporel raisonnable. L'article 43 du Code criminel du Canada (1985) stipule en effet que :

Tout instituteur, père ou mère ou toute personne qui remplace le père ou la mère est fondé à employer la force pour corriger un élève ou un enfant, selon le cas, confié à ses soins, pourvu que la force ne dépasse pas la mesure raisonnable dans les circonstances¹³.

Cette définition légale donne peu d'éclaircissement. Qu'est-ce qu'une force raisonnable ? Y a-t-il un niveau acceptable de maux physiques infligés ? Que signifie « atteinte aux mœurs, exploitation sexuelle, maux affectifs, état mental ou entrave au développement » ? Toutes ces expressions devraient être éclaircies pour une compréhension plus exacte de ce que l'on admet être des mauvais traitements infligés aux enfants. La loi établit plus clairement ce qui est actuellement inacceptable du point de vue social.

Giovannoni et Bercerra (2010) ont cherché à comprendre la raison de ce manque de rigueur dans les définitions légales. Dans leur livre intitulé : *Defining Child Abuse*, ils avancent ce qui suit :

Quand il s'agit de définir les actes des parents comme abusifs ou négligents ... les enjeux sont élevés... Sont en jeu pour la société le bien-être de la future génération et, en même

¹² Source : Loi sur les services à l'enfance et à la famille. L.R.O 1990, Chapitre C.11

¹³ Ministère de la Justice Canada. Code criminel, [En ligne]. http://lois.justice.gc.ca/fr/showdoc/cs/C-46/bo-ga:l_V-gb:s_150/fr

temps, la viabilité et l'intégrité de son institution sociale la plus fondamentale, la famille. En fin de compte, la société, l'État, définit le minimum de ce qu'on attend des personnes chargées d'élever des enfants, et les limites de l'autorité des parents. Définir la négligence revient essentiellement à définir ce que sont les attentes minimales, et définir les mauvais traitements revient à définir les limites de l'autorité (Giovannoni et Bercerra, 2010, p. 2-3, traduction libre).

Ils ajoutent :

Essentiellement, les définitions des mauvais traitements infligés aux enfants et de la négligence touchent des questions très fondamentales de ce qui est acceptable dans les soins prodigués aux enfants dans notre société. Ici, notre manque de connaissance des effets sur les enfants, d'une part, des diverses pratiques adoptées pour les élever et d'autre part, de la conduite des parents sur les enfants, nous bloque dans notre démarche. Mais aussi, et peut-être plus important, nous nous trouvons en face de valeurs disparates sur les effets eux-mêmes. Les « bonnes » pratiques de soins aux enfants sont celles qui produisent de « bons » adultes. Notre incertitude sur les moyens d'élever les enfants et sur la sorte d'adultes qu'ils deviendront constitue une sorte de problème...

À la complexité des conflits de valeurs inhérents à la solution des cas de mauvais traitements des enfants et de négligence s'ajoutent ceux inhérents à ce que nous considérons comme des traits désirables ou indésirables chez les enfants et chez les adultes. Ces valeurs sont encore plus prononcées dans une société comme la nôtre avec sa diversité ethnique, religieuse, sociale et économique (Giovannoni et Bercerra, 2010, p. 4, traduction libre).

Ainsi, la définition légale du mauvais traitement des enfants est-elle laissée à l'interprétation de juges qui décident si les soins prodigués à l'enfant sont acceptables ou non, et si on peut démontrer ou non que l'enfant souffre à long terme si on ne prend certaines mesures de protection. C'est en général intentionnellement que les définitions légales sont vagues ; les juges peuvent ainsi évaluer à discrétion les cas de mauvais traitements, ce qui laisse place à une grande gamme de comportements qui peuvent être considérés abusifs. De plus, cela donne la responsabilité aux professionnels d'interpréter ces articles de lois en fonction des spécificités cliniques de chaque situation.

Même si les parents n'ont plus le droit de faire absolument tout ce qu'ils veulent avec leurs enfants, nous croyons dans l'autonomie de la famille et dans les droits des parents d'élever leurs enfants en fonction de leur propre système de valeurs, à condition que les soins prodigués ne fassent pas mal aux enfants. De nos jours néanmoins, il n'existe encore aucun consensus clair sur la manière la plus appropriée de prendre soin des enfants (Tursz, 2010), ce qui requiert un

jugement clinique situé. Ce jugement clinique contient des savoirs pratiques que nous pensons utile pour mieux comprendre le processus d'activation de la résilience.

Dans un article intitulé : « Unravelling child abuse », Gil (2010) offre une base de valeurs pour nous guider dans la définition des mauvais traitements infligés aux enfants. Tout en nous donnant sa définition, il déclare ce qui suit :

Chaque enfant, en dépit de ses propres caractéristiques et de son individualité, doit être considéré comme ayant une valeur intrinsèque égale, et devrait par conséquent avoir droit à l'égalité sociale, économique, civile et politique, afin qu'il réalise pleinement son potentiel et jouisse équitablement de la liberté et du bonheur. *Selon cette base de valeurs donc, tout acte ou omission par des personnes, institutions ou la société dans son ensemble, et toute situation découlant de ces actes ou absences d'actes qui privent l'enfant de droits et libertés égaux et / ou interfèrent avec son développement optimal, constituent, par définition, des actes ou situations abusifs ou de négligence* (2010, p. 6, traduction libre, nous soulignons).

La définition de Gil (2010) a influencé de façon importante la perspective des autorités en matière de bien-être de l'enfance. Plus particulièrement en Ontario, son point de vue a largement été pris en considération dans les activités de prévention précoce des mauvais traitements des enfants. Les mauvais traitements infligés aux enfants doivent être abordés, traités en visant le renforcement des mécanismes de résilience, afin de faciliter un développement positif de l'enfant, tout en mettant beaucoup d'emphasis sur la diminution, voire l'arrêt, de ces mauvais traitements. Dans cet ordre d'idées, la plupart des chercheurs s'accordent sur le fait qu'il y a un besoin constant d'études empiriques visant à mieux comprendre les processus de résilience permettant à un enfant maltraité d'avoir un développement positif, c'est-à-dire, socialement acceptable (Cyrulnik, 1999 ; Ungar, 2004 ; Waller, 2001 ; Suard, 2007 ; Tursz, 2010).

Les définitions légales citées plus tôt sont fondées sur les maux que subit l'enfant alors que Gil axe sa perspective sur les droits dont ils sont privés. Il présente une définition qui va dans la logique de cette recherche. Sa définition met l'accent sur ce dont l'enfant a besoin pour grandir et pour se développer au maximum. Au lieu de présenter des niveaux minimaux de soins, il choisit de promouvoir le niveau maximal de soins à prodiguer aux enfants. Essentiellement, il recommande aux autorités en matière de bien-être des enfants d'adopter une définition des mauvais traitements infligés aux enfants axée sur le bien-être de tous les enfants et non pas sur les cas extrêmes.

Dans la maltraitance, c'est la notion de danger qui met en concordance les concepts qui fondent l'intervention dans le cadre de l'intervention des services d'aide à l'enfance. La

dimension *danger* intégrant le concept de mauvais traitements est désormais le principal critère retenu pour justifier la mise en œuvre d'une intervention de protection de l'enfance.

De l'étude du concept de maltraitance nous retiendrons le fait que les expériences précoces ont des effets néfastes réels sur le développement, mais ne sont pas irréversibles. À l'instar de Clarke et Clarke (2000), nous remettons sérieusement en question le caractère irréversible qu'on leur attribue fréquemment. À l'aide de résultats expérimentaux et d'observations cliniques, les auteurs concluent que les séquelles des carences d'ordre social, affectif et cognitif ne sont pas forcément irrémédiables. La conception selon laquelle il existe dans le développement des périodes critiques ayant une influence primordiale pour l'avenir de l'individu ne concorde pas avec les données recueillies sur les enfants ayant souffert de sévères carences dans leurs premières années, mais qui ont ensuite changé radicalement de milieu et ont connu des conditions de développement plus favorables. Cette posture nous encourage dans nos efforts de compréhension du processus d'activation de la résilience.

4.3. La résilience

Si le fort potentiel du concept de résilience est largement reconnu, il n'existe pas de consensus sur sa définition. Il fut d'abord considéré comme une caractéristique individuelle pour l'essentielle innée (Anaut, 2006). Certains chercheurs, comme Glantz, et Johnson (1999), associent la résilience à l'habileté à tolérer, à s'adapter ou à surmonter les crises de la vie. Pour d'autres, dont nous-même, elle est conçue comme le résultat d'un processus interactif sur lequel il est possible de fonder une stratégie d'intervention (Bonanno, 2004 ; Cyrulnik, 1999 ; Manciaux, 2000 ; Lemay, 2000). En effet, l'élément de base pour qu'il y ait résilience est la présence d'un événement de vie perçue par l'individu comme un défi nécessitant une importante mobilisation d'énergie adaptative (Anaut, 2006). Pour être résilient, un enfant doit avoir vécu dans des contextes difficiles qui incluent, mais ne se limitent pas, aux maltraitances graves, négligence, sévices physiques, etc.

La résilience est donc une notion composite, développée d'abord à partir de l'observation d'enfants, puis étendue dans de nombreux travaux anglo-saxons (Luthar *et al.*, 2006) et quelques

travaux en langue française (Rutter, 1993 ; Cyrulnik, 1999 ; Delage, 2000 ; Hanus, 2001), à l'adolescent puis à l'adulte, et même au groupe, à la famille, voire à la communauté (Walsh, 1998). Plusieurs chercheurs (dont Manciaux, 2000 ; Cicchetti, 2000 ; Bailly, 2006) considèrent la résilience comme un potentiel présent chez chaque individu, qui peut se révéler en certaines situations. Certaines définitions font allusion à la résilience comme étant un processus, comme un résultat ou comme une caractéristique individuelle montrant la capacité adaptative du sujet aux circonstances adverses (Masten, 2001 ; Garmezy, 1991).

Parler de résilience en termes de résultat revient à la considérer comme la conséquence de facteurs, la résilience ne s'observant que par un ensemble de comportements. Cette approche en termes de résultat fait l'objet de remises en question (Lecomte, 2005 ; Anaut, 2006). Le risque majeur est de donner à la résilience un caractère figé, de considérer qu'un fonctionnement résilient serait acquis pour toujours. Ceci équivaudrait à considérer les enfants réputés résilients comme n'étant plus capable d'être traumatisés. Les risques de maltraitements par exemple, pourraient être alors sous-estimés. Ces différents éléments doivent être pris en considération pour toute recherche empirique faisant référence aux résultats observables de la résilience (Anaut, 2006).

La position qui semble dominer actuellement est celle soutenue par Michael Rutter (2002), qui consiste à aborder la résilience en termes de processus. Par processus, nous entendons processus interactif, dynamique, adaptatif (Anaut, 2006), en ce sens que la résilience est comprise ici dans une perspective développementale, de cycle de vie, c'est-à-dire qu'elle est fonction du stade de développement dans lequel se trouve le sujet. Ce n'est pas une qualité fixe de l'individu, elle peut être soumise à des variations conséquentes selon les circonstances (Cyrulnik, 1999 ; Lemay, 2001 ; Luthar et al., 2000 ; Rutter, 1999 ; Séguin, 1999).

D'après Tousignant (1999), c'est à partir de l'interaction entre le milieu et l'enfant qu'émerge le processus de résilience. Ainsi, au-delà des questions portées par son usage ou son mésusage, la résilience interroge plus fondamentalement le contact que le sujet entretient avec l'environnement.

Malgré la diversité conceptuelle, plusieurs chercheurs s'entendent sur une définition générale et formelle de la résilience comme étant une adaptation positive de l'individu à un

contexte d'adversité majeure (Cyrulnik, 1999 ; Lemay, 2001 ; Luthar *et al.*, 2000 ; Rutter, 1999 ; Séguin, 1999).

Dans le cadre de cette recherche, nous considérons la résilience comme étant un « processus permettant à un enfant ayant vécu dans des contextes d'adversité, de mauvais traitements et de stress élevé de se remettre à vivre le plus normalement possible, avec le moins de conséquences néfastes possible. » (Cyurulnik, 2009, p. 8), en y ajoutant qu'elle n'est possible que dans l'intersubjectivité (Ungar, 2004 ; Waller, 2001 ; Suard, 2007). Voici notre propre définition : « La résilience est la résultante d'un processus à la fois évolutif, adaptatif et, hautement interactif entre les facteurs de protection, les caractéristiques individuelles et l'environnement, conférant à l'individu la possibilité de se développer positivement, en dépit des conditions d'adversité » (Robert Louis, 2017).

4.4. Le processus d'activation de la résilience et les tuteurs de résilience

Il est « rare d'avoir les témoignages du tuteur de résilience » (Lecomte, 2003, p. 13). La complexité de la tâche et la gestion de multiples dossiers font en sorte que les tuteurs font souvent face à un manque de temps qui rend l'exercice de participer à des entrevues de recherche extrêmement difficile. De plus, les tuteurs doivent disposer du temps pour faire les démarches nécessaires à leur participation à des études comme celle-ci, contacter le chercheur, retourner le formulaire de consentement et lire les questionnaires. Par contre, ceux qui donnent leurs témoignages sont peut-être plus investis dans leur rôle, ont possiblement des motivations différentes de celles des autres tuteurs.

Les professionnels impliqués auprès des enfants réputés résilients, en plus de posséder une formation universitaire, possèdent également les qualités humaines, relationnelles d'écoute, de gentillesse, de tuteurs de résilience (Lecomte, 2003). Ces professionnels observent, interagissent et interviennent auprès des enfants placés sous tutelle, en familles d'accueil, sous les soins de l'aide à l'enfance. C'est donc dans une interaction émotionnelle, rationnelle et complexe entre l'enfant maltraité et le tuteur, que se construit une alliance qui va aider cet enfant

dans son propre processus de résilience : « Le tuteur trouve dans la vie de cet enfant, la juste place qui permet à celui-ci d'échapper à ses blessures intimes et affectives » (Coutanceau, 2003, p. 86). Dans cet ordre d'idées, il est important de donner la parole à ces tuteurs, pour qu'ils explicitent les rouages du processus de résilience auquel il participe. L'explicitation de leur expérience s'avère donc importante pour la compréhension du processus d'activation des processus de résilience (Khemiri et Derivois, 2012).

Nous définissons le tuteur de résilience comme la personne qui aide à rendre possible la continuité du développement après que l'enfant ait été exposé à des situations d'adversité incluant des mauvais traitements. Ce tuteur peut être un travailleur social, un parent, un enseignant, un éducateur ou toute personne qui va porter sur l'enfant un regard non stigmatisant, suffisamment ouvert, réceptif et attentif aux capacités et potentiels de l'enfant. Ainsi, le tuteur est à même de stimuler le développement de l'enfant, lui permettre de reprendre confiance en lui et se projeter vers l'avenir.

La pratique de ces tuteurs contient des savoirs peu formalisés, car non enseignés dans les formations initiales. Nous appelons *savoirs pratiques* (Vermersch, 2010) ces savoirs peu formalisés. Prendre en considération les savoirs pratiques d'un tuteur de résilience permet de dépasser une approche uniquement centrée sur les attributs du sujet résilient, et d'envisager la résilience dans une conception interactionnelle, à même de rendre compte de la complexité du processus de résilience, fruit de l'établissement d'un lien intersubjectif structurant pour le développement de l'enfant (Hanus, 2001).

En tant que processus, la résilience peut être acquise, se développer, et possiblement être améliorée à l'aide d'interventions appropriées (Werner, 1993 ; Luthar, 2006). Toutefois, les écrits ne précisent pas quelles sont les interventions susceptibles de favoriser le mieux l'activation du processus. Si le potentiel des tuteurs dans le processus d'activation de la résilience est reconnu, on sait au total peu de chose sur ce qui, dans leur pratique, constitue les caractéristiques de ce processus.

Le tuteur de résilience est un professionnel de l'aide, un travailleur social, un éducateur, un psychiatre ou un psychologue, entre autres, qui aide les enfants à se construire et à se reconstruire suite à la rencontre d'une grande adversité (Coutanceau, 2003). Lighezzolo et

collaborateurs (2003) considèrent que le tuteur de résilience possède une capacité à transmettre quelque chose, est disponible, étayant, structurant, non rigide, sachant à la fois offrir une place au manque, à l'erreur, et favoriser le processus d'activation de la résilience. Fondamental, le tuteur de résilience représente un facteur de protection essentiel, une condition *sine qua non* dans l'activation du processus de résilience, bref, un important repère relationnel vers lequel l'enfant en butte à l'adversité va pouvoir se tourner.

Pour Lecomte (2005), le tuteur de résilience, bien qu'ayant conscience des zones d'ombre de la personne en face de lui, s'intéresse prioritairement à ses zones de lumière. Il croit aux potentialités de cet être et l'aide à les découvrir et à les faire croître. Des entretiens menés par ce chercheur dans le cadre d'une étude sur les caractéristiques que possèdent les tuteurs de résilience font ressortir six invariants :

1. Ils manifestent de l'empathie et de l'affection.
2. Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne.
3. Ils laissent à l'autre la liberté de s'exprimer ou de se taire.
4. Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents.
5. Ils respectent le parcours de résilience d'autrui.
6. Ils facilitent l'estime de soi d'autrui (2005, p. 22).

Le tuteur de résilience est aussi et souvent un travailleur social en protection de l'enfance. Ces six caractéristiques sont spécifiques au tuteur de résilience et diffèrent de celles qu'on attend habituellement d'un travailleur social en protection de l'enfance. Dans son rôle de tuteur de résilience, le travailleur social va au-delà de la dimension de protection de l'enfance dans laquelle il considère habituellement la famille comme l'unité sociale de base assurant la protection des individus (Lecomte, 2005). Dans cette posture, le travailleur social s'assure que le milieu est propice, exempt de dangers pour l'enfant. De plus, l'un des aspects les plus importants en protection de l'enfance c'est le fait que les besoins matériels de l'enfant (nourriture, habits, confort, hygiène) soient comblés. L'objectif premier du travailleur social en protection de l'enfance vise à restaurer une suffisante protection au sein de la famille. Par sa position à la fois directive et soutenante qu'il occupe, le travailleur social peut constituer une base de sécurité suppléante provisoire sur laquelle peut s'appuyer la famille pour se réorganiser,

procéder aux changements et suppléances rendues nécessaires par la situation (Lecomte, 2005; Delage, 2004).

Le fonctionnement bureaucratique des institutions de protection de l'enfance est caractérisé par des lignes directrices parfois rigides, des décisions prises de façon autoritaire et la résistance au changement (Hegar et Hunzeker, 1988). Également, l'évaluation psychosociale réalisée par les professionnels est ancrée dans une culture positiviste laissant peu de place à l'expérience telle que vécue par le parent (Masson, 2012).

De plus, le travailleur social en protection de l'enfance ayant une grande connaissance des lois et des différentes ressources existantes dans le milieu aide les parents à se familiariser avec les services et/ou prestations et à trouver des ressources qui les aident concrètement dans leur quotidien avec l'enfant (Masson, 2012; Delage, 2004). Celui-ci cherche au besoin d'autres canaux privés ou publics. Il joue alors le rôle de facilitateur auprès des parents. Donc, le travail de protection de l'enfance est primordialement d'assurer la stabilité et la fonctionnalité du contexte familial dans lequel évolue l'enfant comme condition essentielle, préalable à la mise en jeu du processus de résilience.

Dans une famille où joue une protection suffisante grâce à la sécurité des attachements, l'adversité donne lieu à suffisamment d'échanges et d'informations pour que s'opèrent de continuelles constructions permettant de penser les émotions, de donner sens, dans un entrecroisement constant entre ce qui est commun à tous et ce qui est propre à chacun. Le tuteur de résilience intègre les six caractéristiques mentionnées plus haut dans l'activité de mentalisation et de représentation développée dans ses aspects individuels et collectifs du processus de résilience mise en place au sein de la famille. Il s'agit d'une activité de liaison, de mise en connexion, de mise en mémoire et d'historisation (Lecomte, 2005; Delage, 2004).

C'est en ce sens que les six caractéristiques mentionnées plus haut sont spécifiques au tuteur de résilience et diffèrent de celles qu'on attend habituellement d'un travailleur social en protection de l'enfance. Le tuteur doit être particulièrement vigilant à évaluer les obstacles matériels, à repérer ce que l'enfant fait concrètement depuis la maltraitance, à connoter positivement les efforts et les initiatives de celui-ci. Le rôle de tuteur exige un profond changement de regard qui s'étend aux besoins, mais qui cherche ce qui n'est pas à priori tangible, notamment les forces, le potentiel, et les capacités de rebondir de l'humain (Gilligan,

2008). Pour le tuteur de résilience, le développement de la solidarité et le constat de la capacité de l'humain à franchir les premiers obstacles qui suivent un évènement grave confèrent à l'enfant maltraité un sentiment encourageant de maîtrise de la situation (Gilligan, 2008; Delage, 2000). Dans la pratique, la mise en jeu de ces éléments se présente de manière différente selon que l'enfant est rencontré dans les suites immédiates et à court terme, sous le choc, ou selon qu'il est rencontré à distance de la situation traumatique, à moyen terme et prise dans un travail de crise (Delage, 2000).

Le processus d'activation de la résilience est donc fondé sur le lien et se construit dans l'intersubjectivité (Anaut, 2000), d'où l'importance du tuteur comme une des conditions qui active le processus de résilience. « Toutes les études sur la résilience ont montré qu'un élément essentiel est la rencontre avec une ou des personnes qui ont pu être tuteurs de résilience » (Lecomte, 2003, p. 12).

Enfin, nous allons ici justifier la notion d'enfant réputé résilient. Des études longitudinales, comme celle de Werner (1982), ont démontré que malgré les conditions défavorables dans lesquelles vivaient les enfants, il y avait parmi eux ceux qui réussissaient à s'en sortir sans trop de dommage. Nous pouvons également citer les études effectuées dans le domaine socio-éducatif pour la prise en charge précoce des enfants qui viennent de milieux socio-éducatifs défavorisés (ex : le programme américain *Head Start* ou le programme québécois *Opération Renouveau*). Ces études prennent en considération l'évolution de l'enfant dans son environnement social, ce qui implique la prise en compte de sa famille, de son entourage, de sa vie sociale et de son milieu scolaire. Ces recherches sont arrivées à démontrer qu'un certain nombre d'enfants, bien que confrontés à des conditions environnementales très défavorables sur le plan socio-économique, étaient socialement bien adaptés et performants sur le plan scolaire; ceci leur ayant valu un statut d'enfants « atypiques » dans leur milieu. C'est ce qui a suscité l'intérêt à identifier les facteurs qui auraient permis ce changement positif dans la trajectoire du développement psycho-social de ces enfants pourtant dits « vulnérables » (Terrisse *et al*, 2001, p. 3). Ainsi, la résilience accorde à l'enfant la perspective de s'en sortir, de ne pas rester toute sa vie, prisonnier de son passé traumatique, quel que soit l'ampleur des événements traumatiques. Dans cette perspective, la présence de facteurs de protections capables d'interagir avec les facteurs de risques présents chez le sujet lui-même ou dans son environnement, et de

lui permettre de s'adapter à ses conditions défavorables, intéresse davantage les études menées dans le domaine de la résilience et dans la compréhension de la mise en route, bref, de l'activation de ce processus chez les individus. Cela veut-il dire que la résilience est un attribut individuel? Non, nous préférons penser qu'elle est relationnelle. Mais cette relation a deux pôles, celui de l'individu, puis celui de son environnement. C'est pourquoi nous employons le terme « réputé », terme qui exprime à la fois l'idée d'une reconnaissance par autrui du fait qu'un individu en particulier est résilient, tout en laissant planer un doute sur le fait que cela est un fait indiscutable.

4.5. Les savoirs pratiques

Ce projet s'insère dans les courants de recherche qui entourent la question de la place de l'apprentissage expérientiel dans la production des savoirs sur lesquels se fonde l'intervention (Vermersch, 2010; Couturier, 2001). Ce regain d'intérêt pour l'apprentissage expérientiel comme mode de connaissance s'inscrit à son tour dans les remous qui agitent actuellement les sciences humaines. La notion de savoir pratique n'étant pas un concept mais une notion polysémique, il est nécessaire dans le cadre de cette recherche de concevoir et de stabiliser provisoirement une définition de cette notion, c'est-à-dire de situer les savoirs pratiques dans un cadre sémantique spécifique au travail social, plus précisément en protection de l'enfance.

La question des savoirs pratiques peut se décliner en deux grands thèmes, à la fois distincts et interdépendants qui sont leur définition et leurs modes de validation. D'une part, il s'agit notamment de se demander si, au-delà de la notion polysémique de savoir pratique dans le vocabulaire courant des intervenants, il est possible de proposer une définition du concept de savoirs pratiques dans une forme conceptuellement indépendante de leurs contenus singuliers, et qui permette de les distinguer des autres types de savoirs et de les caractériser. D'autre part, les savoirs pratiques ainsi construits sont-ils, peuvent-ils être validés ? Si oui, par qui et selon quelles modalités ?

Dans le cadre de cette étude, la théorie de la réflexivité de Giddens (1994) s'avère une théorie très pertinente afin de concevoir le processus de production de savoirs pratiques relatifs

à l'activation du processus de résilience par les tuteurs de résilience, tant sur le plan individuel que sur plan collectif, ainsi que de l'influence du contexte dans cette production. La réflexivité donne lieu pour chacun des professionnels à un projet réflexif de soi au moyen d'une praxis réflexive discursive. En effet, Giddens (1994) considère la réflexivité comme l'examen et la révision constante des pratiques, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques mêmes, ce qui altère ainsi, de façon constitutive, leur caractère. Toutes les pratiques sont partiellement constituées par la connaissance qu'en ont les acteurs. La réflexivité est considérée comme l'expérience discursive d'explicitation de l'implicite, d'expression du tacite (Couturier, 2002), de formulation à destination d'autrui des savoirs pratiques requis à une action en situation. Chez Giddens, cette forme de réflexivité a au moins trois dimensions distinctes : elle est discursive, et donc inscrite dans le récit ; elle est pratique, et donc inscrite dans la conscience pratique ; et institutionnelle, et donc déterminante de l'activité des acteurs (Couturier, 2001).

Plusieurs chercheurs ont attribué une reconnaissance aux savoirs issus de l'expérience. Ceux-ci sont considérés riches car construits en relation avec les paramètres singuliers du contexte dans lesquels l'acteur œuvre, alors que les savoirs théoriques mis en application dans les domaines professionnels se heurtent aux limites de leur déterminisme, comme Barbier (1996), Berry (1996) ou St-Arnaud (1997) l'avancent. Pour Schön (1983; 1987), le praticien est en mesure de poser des hypothèses en regard de ses expériences, de « compiler un répertoire d'exemples, de représentations, de compréhensions et d'actions » (p. 175) pour comprendre et agir. Cette délibération du praticien dans l'action, cette dialectique entre expérience et action, lui permet donc de comprendre, de projeter et de décider. Il agit alors de façon éclairée, en adaptant les actions connues ou en créant de nouvelles réponses pour répondre aux spécificités relevées dans la situation.

Dans l'ensemble, les auteurs s'intéressant aux savoirs pratiques s'inscrivent dans une pratique de la recherche qui privilégie le point de vue des acteurs pour faire émerger un sens associé aux pratiques. Ils favorisent un regard porté de l'intérieur pour questionner les pratiques professionnelles. Ils ont en commun une reconnaissance de la compétence des acteurs et accordent au discours du praticien une place centrale. Ces auteurs reconnaissent qu'il n'y a que l'acteur qui a accès à la compréhension qu'il a eu du contexte, à l'interprétation qu'il a posée sur l'interaction avec la situation. Le postulat mis ainsi de l'avant par ces auteurs consiste à

reconnaître que le point de vue de l'acteur permet d'accéder au sens qu'il donne à sa pratique, et que c'est à partir de cette matière première qu'il est possible de construire une connaissance de la compétence mise en œuvre.

La notion de « savoir pratique », qui est objet professionnel avant d'être pour nous, objet de recherche, est une notion large et parfois floue, au sens où elle renvoie à des représentations diverses dont nous avons observé les traces dans des discours d'acteurs du travail social, sous forme de termes considérés comme synonymes tels que : « *savoirs pour l'action* », « *savoirs pratiques* », « *savoir-faire* », « *techniques professionnelles* », « *savoirs méthodologiques* », « *modèles de pratiques* », « *modes d'intervention* », « *théories de la pratique* », « *éthique professionnelle* », « *déontologie* » (Vermersch, 2010; Schön, 1983, 1987 ; Couturier, 2001 ; Giddens, 1994 ; St-Arnaud,1997). Comme on le voit, l'ensemble de ces dénominations a comme point commun le fait que ce sont **des savoirs relatifs à l'action**, considérés comme utiles à la pratique professionnelle, mais contenant aussi “ *des valeurs* ”. Les praticiens ne font pas qu'adapter des connaissances apprises aux contingences de la pratique, ils les produisent à travers leur réflexion en cours d'action et sur l'action (Schön (1983, 1987 ; Couturier, 2001 ; Giddens, 1994 ; St-Arnaud,1997).

Nous convenons, à l'instar de Leplay (2006), de définir les termes de « savoirs pratiques » par les quatre caractéristiques suivantes :

- 1) un savoir pratique est un énoncé qui établit une relation entre une représentation ou un système de représentations d'une situation professionnelle, d'une part, et une représentation ou un système de représentations de l'action, correspondant à cette situation, d'autre part ;
- 2) cette relation est exprimée par un jugement de cohérence ou de pertinence, assorti éventuellement d'un jugement prédictif d'efficacité ou d'efficience de l'action représentée ; ce jugement prédictif peut être relatif ou absolu ;
- 3) ce jugement de cohérence ou de pertinence porté par une personne (ainsi que le jugement prédictif éventuel) est partagé au sein d'un groupe professionnel ;
- 4) l'énoncé d'un savoir pratique comporte un degré de généralité. Dans certains cas, sa portée est limitée à la classe de situation dans laquelle il a été construit, dans d'autres, à un ensemble de classes de situation et au-delà.

Robert Louis : Activation du processus de résilience chez l'enfant exposé à la maltraitance

Nous avons étudié ces savoirs pratiques à travers les récits qu'en ont fait des tuteurs de résilience.

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE

Introduction

Cette section présente la méthodologie utilisée afin de rencontrer les objectifs ciblés. Elle présente le type d'étude, la population à l'étude, les critères de sélection, les stratégies de collecte et d'analyse des données, les assises éthiques de la recherche, le recrutement des participants ainsi que le déroulement de l'étude.

5.1. Le type d'étude

Il s'agit d'une analyse qualitative de récits de pratique (Desgagné, 2005) formulés par des tuteurs de résilience, ici des intervenants impliqués auprès d'enfants ayant été confrontés à des situations de maltraitance, et réputés avoir mobilisés leur plein potentiel de résilience, du point de vue des participants. Nous traiterons donc de la question du processus d'activation des processus de résilience en partant du regard des professionnels et de leurs savoirs pratiques. Cette perspective de recherche se prête très bien à une méthodologie de type qualitatif. La démarche qualitative est donc cohérente avec le but de la recherche, qui est de mieux comprendre le processus d'activation de la résilience chez certains enfants ayant fait l'objet d'un placement au sein des services de protection de l'enfance.

Une recherche qualitative est « une démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène » (Paillé et Micchielli, 2008, p. 5). Plus particulièrement, notre recherche est de type exploratoire. Une recherche est dite exploratoire lorsqu'elle « se donne pour tâche d'examiner sous plusieurs angles le problème à l'étude, en vue de mieux le comprendre, et de cerner les interrogations les plus pertinentes dans un effort de mise en problème du thème examiné » (Lefrancois, 1992, p. 44).

La méthodologie utilisée s'est appuyée sur les récits de pratique portant sur les interventions d'intervenants tuteurs de résilience, de façon à reconstruire le sens de leur expérience et d'en extraire les attributs du processus d'activation de la résilience. L'entrée par

les récits de pratique favorise l'accès aux savoirs pratiques par la verbalisation de l'intervention (Vermesch, 2010). En outre, cette méthodologie narrative permet de reconstruire les savoirs qui émergent à travers les expériences d'(inter)action entre le répondant et l'intervieweur.

Nous abordons maintenant la question de la population à l'étude ainsi que ses caractéristiques, le mode de collecte des données, les instruments qui ont été utilisés, l'analyse des données et, enfin, les considérations éthiques qui en découlent.

5.2. Population à l'étude et critères de sélection

La population étudiée est constituée d'intervenantes chargées des enfants placés en familles d'accueil et travaillant au sein d'une des SAE. C'est cette population qui doit appliquer les règles et consignes qui régissent le placement de l'enfant ainsi que les relations à entretenir avec les familles d'accueil.

Les participantes à cette étude proviennent des SAE. Selon le Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario (2016), la province compte neuf sociétés autochtones de bien-être de l'enfance et 38 sociétés d'aide à l'enfance (dont trois d'entre elles sont à caractère professionnel). Il faut ajouter que chaque société est autonome. Les SAE sont installées partout dans la province avec une plus forte concentration au Sud, à l'Est et à l'Ouest.

L'échantillon a été constitué en fonction des critères suivant : professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, sociologues, psychoéducateurs) ayant un minimum de trois années d'expérience. Ils devaient également estimer avoir intervenu auprès d'au moins un enfant qu'ils considèrent comme ayant réalisé pleinement son potentiel de résilience. Cet enfant devait avoir été placé en famille d'accueil pour des motifs de maltraitance.

En plus d'avoir travaillé au moins trois ans dans une SAE, il était important que les intervenants sélectionnés dans le cadre de cette recherche aient géré plusieurs dossiers de placements d'enfants¹⁴. Cela permet à l'étude d'être enrichie d'une somme d'expériences de

¹⁴ Il s'agit d'un nombre de dossier de placement variant entre 98 à 224, sur une période s'étalant sur 5 à 26 années.

placements qui se sont bien déroulés, ainsi que des multiples interactions et échanges avec les familles d'accueil.

L'étude aurait pu insérer un autre critère de sélection de la population à l'étude en prenant seulement les intervenantes qui auraient reçu une formation préalable spécifique en placement d'enfants. Cependant, nous voulions savoir si certaines habiletés, hormis celles que donnerait une formation taillée sur mesure en placement, sont incluses dans le curriculum des intervenantes et intervenants de sorte qu'elles puissent les aider à la réussite des placement face par exemple, aux dynamiques familiales conflictuelles. Cela permet de faire des recommandations quant à l'insertion ou non d'une telle formation notamment dans le curriculum des étudiantes et étudiants en travail social.

Cinquante professionnels ont accepté de participer à cette étude.

Tous les intervenants sont potentiellement des tuteurs, mais n'en sont pas nécessairement conscients. Ce n'est que quand l'enfant parvient à s'en sortir, à trouver sa place et connaître un développement résilient, que les intervenants réalisent et prennent pleine conscience de leur rôle de tuteur de résilience. Ainsi, ils parviennent à travers des entrevues, à expliciter ces rôles.

Le tableau 5 illustre les caractéristiques des participants.

Tableau 5
Caractéristiques des participants

Participants	SAE	Expérience (Années)	Nombre de placements	Âge des enfants
21	Prescott-Russell Valoris	8 - 12	10 - 23	0 - 16
4	Ottawa	10 - 20	15 - 35	0 - 16
3	Kingston	5 - 25	8 - 39	3 - 16
3	BrantFord	5 - 12	10 - 24	1 - 16
10	Family and Children's Services of <u>Frontenac</u> , <u>Lennox</u> and <u>Addington</u>	10 - 25	15 - 38	3 - 16
4	North Bay	8 - 10	20 - 30	2 - 16
5	Child Welfare Institute, Children's Aid Society of Toronto	15 - 26	20 - 40	0 - 16

Cinquante participants ont dû intervenir dans un nombre de placements variant entre 98 à 224, durant une période s'étalant sur 5 à 26 années. En ce qui concerne les enfants, ils ont été placés pour des durées variant d'une journée (placements d'urgence) à 16 ans et étaient âgés entre 0 et 16 ans au moment du placement. Les placements le plus courts variaient d'une journée à 24 mois, alors que les plus longs étaient entre 25 mois et 16 ans. Les plus jeunes enfants accueillis avaient entre 0 et 8 ans au moment du placement, alors que les plus âgés avaient entre 8 et 16 ans à leur arrivée dans la famille d'accueil.

L'ensemble des participants possèdent un diplôme d'études universitaire dans les disciplines suivantes : travail social, psychologie, sociologie, psychoéducation. Dix d'entre eux possèdent un baccalauréat, trente d'entre eux détiennent une maîtrise, et les dix autres qui sont titulaires d'un PhD interviennent dans un rôle de personnes-ressources (directeurs généraux, directeurs ou directrices de centre, superviseuses, administrateurs) après plusieurs années dans une posture d'intervenants.

L'âge, l'ethnie ou le sexe des participants n'ont pas fait l'objet d'un critère de sélection parce que ces éléments n'ont pas d'incidence particulière dans notre étude, ni dans l'analyse des données que nous voulons recueillir. Concernant l'âge plus particulièrement, des intervenants pouvaient être très âgés mais manquer d'expérience parce que nouvellement affectés dans le département des enfants placés. À l'opposé, une intervenante plus jeune pouvait avoir le nombre d'années d'expérience requis. Donc, le fait de rechercher des intervenantes qui ont au moins trois ans de pratique permet de contourner le critère d'âge.

5.3. Méthode et technique d'échantillonnage

En raison de la nature exploratoire et qualitative de notre thèse, la méthode d'échantillonnage que nous avons utilisé est la méthode non probabiliste avec échantillon typique couplé avec l'échantillon volontaire. Cette méthode, à la différence de la méthode probabiliste qui demande qu'un grand nombre de personnes soit pris en compte, nous permet de choisir un nombre limité de participants qui revêtent certaines caractéristiques précises (Mayer *et al.*, 2000). Ces caractéristiques sont : la province de l'Ontario, l'organisme de protection de l'enfance (SAE), le département qui fournit les services de placement en familles d'accueil, et le nombre d'années d'expérience au sein de ce département.

L'échantillon typique, qui est aussi appelé échantillonnage par choix raisonné, consiste à choisir un type bien déterminé comme échantillon (Fortin, 2008). Cela signifie que nous avons choisi notre échantillon en fonction de caractéristiques bien précises au sein de la population de référence (Chauchat, 1985). En plus, du fait d'être des intervenants chargés du placement de l'enfant en familles d'accueil, nos participants doivent avoir au moins trois années d'expérience de pratique au sein de ce service de placement. Ils ont donc été choisis en fonction des critères de sélection ayant été établis au préalable (Mayer *et al.*, 2000).

Sur la base de ces critères généraux, la technique d'échantillonnage volontaire a été employée pour effectuer le recrutement. Elle consiste, comme son nom l'indique, à faire appel à des personnes volontaires pour participer à l'étude (Mayer *et al.*, 2000). Cette technique a l'avantage de faire participer des personnes qui sont motivées à donner de leur temps pour expliciter leurs expériences, partager leurs opinions et faire des recommandations. Afin de

recruter ces personnes, nous avons fait parvenir une invitation à participer à une entrevue ainsi qu'un formulaire de consentement à une personne-ressource au sein de chacune des dix SAE qui avaient été ciblées au départ, afin de solliciter la collaboration des personnes susceptibles de correspondre aux critères recherchés pour cette étude. Ces personnes-ressources étaient soit des directeurs généraux, des directeurs ou directrices de centre, des superviseuses, dans certaines agences, soit l'assistante en communication ou la responsable des ressources humaines dans d'autres agences.

Lorsqu'une personne ressource d'une SAE qui était intéressé contactait le chercheur, celui-ci lui expliquait la recherche et vérifiait si elle avait des questions en lien avec le déroulement de l'étude.

5.4. Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon est relativement importante. Toutefois, elle dépend généralement de ce qu'on cherche à savoir à propos de l'objet d'étude ainsi que des enjeux opérationnels de la recherche (Mayer *et al.*, 2000). Par ailleurs, il faut tenir compte de ce qu'on appelle le principe de la saturation. C'est un principe selon lequel on a un échantillon assez grand lorsqu'à travers la collecte des données, on n'apprend plus rien de nouveau et de substantiel. Et ce nombre est généralement atteint au bout de soixante entrevues, pour ce qui concerne cette technique de collecte de données (Mayer *et al.*, 2000). En effet, en raison du nombre de personnes recrutées, de nombreuses redondances ont été observées, surtout au niveau de certains thèmes, comme nous le constaterons dans le chapitre exposant les résultats de l'étude. En ce sens, sans parler d'une saturation totale et indiscutable, le nombre important d'entrevues réalisées a permis de s'approcher d'une réelle saturation sur plusieurs dimensions.

Les SAE ayant été ciblées étaient au nombre de dix et regroupaient les SAE de Prescott-Russell, Toronto, North Bay, Ottawa, BrantFord, Frontenac, Lennox, Addington, Chatham-Kent et Cornwall. Face à certaines contraintes, dues notamment aux aspects administratif, nous avons dû élargir notre cible en y incluant les agences de Kitchener, St. Thomas, Stratford et

Kingston. Les agences participantes sont celles indiquées dans le tableau 5 précédemment mentionné.

5.5. Outil de collecte des données

Généralement, on peut utiliser l'entrevue structurée, l'entrevue semi-structurée et l'entrevue non structurée centrée (Mayer *et al.*, 2000). Nous avons choisi d'utiliser l'entrevue semi-structurée car elle permet de recueillir les points de vue, les opinions et les représentations des participantes et participants concernant le sujet traité. Cette posture compréhensive est en phase avec la posture phénoménologique énoncée plus haut. Par ailleurs, l'entrevue semi-structurée permet au chercheur de laisser les participantes et participants s'exprimer de manière libre et personnelle sur les thèmes proposés (Mayer *et al.*, 2000). L'entrevue semi-structurée permet un niveau de profondeur suffisant pour les besoins de notre recherche. Finalement, elle permet de se centrer sur des thèmes choisis, en lien avec les questions d'entrevue, tout en laissant un certain degré de liberté aux participantes et participants.

L'entrevue semi-structurée comporte certes des sujets et questions prédéfinis, mais les questions sont ouvertes et ne répondent pas nécessairement au respect d'une séquence prédéfinie (Mayer *et al.*, 2000).

La collecte des données s'est donc effectuée au moyen d'entretiens individuels semi-structurés. Ces entretiens ont été conçus pour favoriser la formulation des récits de pratique inspirés de façon général par la méthode d'entretien d'explicitation (Vermersch, 2010). Dans le contexte de cette étude, les récits des tuteurs devraient permettre de bien cerner le processus d'activation de la résilience à travers l'activité professionnelle des participants. En plus d'une stratégie d'explicitation des récits, l'utilisation de l'entretien semi-structuré a aussi permis de recueillir les points de vue, les opinions et les représentations des participantes et participants concernant le sujet traité. Nous avons procédé à 30 entretiens semi-structurés.

De plus, nous avons effectué deux entretiens collectifs réunissant chacun 10 professionnels. Pendant ces rencontres, les participants se sont prononcés sur divers sujets en rapport avec leur expérience en tant que tuteurs de résilience d'un enfant placé en foyer

d'accueil. Ces entretiens collectifs ont permis de valider et d'explorer certains éléments d'analyse découlant des entretiens individuels, tout en restituant toute la complexité des interactions sociales (Mayer *et al.*, 2000), par la dynamique d'interaction exposant des significations partagées et des plages de divergence.

Les deux grilles d'entretien étaient surtout composées de questions ouvertes, regroupées sous trois familles de thèmes, soient : les caractéristiques des jeunes tels qu'ils sont représentés par les professionnels participants, l'explicitation des problématiques rencontrées dans l'exercice professionnel auprès des enfants exposés à des situations d'adversité, le récit des pratiques afin de décrire le processus d'activation des processus de résilience.

Les entretiens individuels et collectifs ont eu lieu de la fin juillet 2015 à la fin janvier 2016. Leur durée moyenne était de 2 heures. Ils ont été transcrits dans leur intégralité et se sont vus attribuer un numéro, afin de protéger l'anonymat des répondants.

La grille d'entrevue a été construite à partir des thèmes que nous voulions explorer et aborder avec les participantes à l'entrevue. Elle a été écrite en deux versions, française et anglaise, pour pouvoir faire l'entrevue aussi bien avec les francophones qu'avec les anglophones (voir Annexe 2). Puis elle a été testée avec la première participante et a répondu à nos attentes. Au niveau du temps, cette première entrevue s'est déroulée en une heure et quarante-trois minutes. Au niveau de la compréhension des questions, la participante n'a eu aucune difficulté à en saisir le sens et y répondre. Au niveau de l'agencement des idées et des thèmes, les réponses aux questions se suivaient de façon logique, progressive et compréhensive pour la participante et s'imbriquaient aisément les unes aux autres. Nous avons donc choisi de garder cette entrevue.

Les défis rencontrés étaient minimes. Ils consistaient d'une part en la traduction de la grille d'entrevue en anglais et, d'autre part, en la capacité de conduire l'entrevue jusqu'à son terme en étant assuré qu'en nous exprimant en anglais avec un accent francophone, la participante comprendrait les questions. Même si nous sommes bilingues, le premier défi a été relevé en soumettant la grille d'entrevue à une travailleuse sociale parfaitement bilingue qui l'a validé tant au niveau de la grammaire que de la terminologie et des expressions utilisées. Le second défi a été résolu grâce à la première participante qui, remarquant nos petites hésitations lors de la phase de présentation des différentes étapes de l'entrevue, nous a mis à l'aise en nous disant avec beaucoup d'humour qu'elle comprenait un peu le français et que notre accent ne

devrait pas lui poser de problème. Cette entrevue nous a permis d'être plus confiant et à l'aise pour la suite des entrevues.

Ces entrevues se sont toutes déroulées dans les locaux des SAE participantes. Il n'y a pas eu d'incidents comportant un enjeu éthique. Les entrevues se sont déroulées de manière cordiale et dans une bonne atmosphère de respect, de bonne humeur, d'humour et de partage. Dans certaines agences de la SAE, une salle a été mise à notre disposition pour les entrevues, alors que dans d'autres, elles se sont déroulées dans les bureaux des participantes et participants. Ces derniers étaient à l'aise et ravis de partager leurs expériences, opinions et recommandations pour l'amélioration du programme de placement en familles d'accueil, tout en espérant que ces recommandations soient entendues et prises en compte. De plus, on sait que plus un interviewé se trouve dans un lieu familier, rassurant, habituel, plus il est facile à l'intervieweur d'engager une relation de confiance.

5.6. Analyse des données

Sur la base de ces transcriptions, nous avons procédé à un premier niveau d'analyse de contenu (L'Écuyer, 1987) pour construire les thèmes et sous thèmes. Ceux-ci ont été constitués à l'aide du logiciel QDA Miner. Les thèmes ont été regroupés en catégories (voir annexe 2) afin de pouvoir procéder à un deuxième niveau d'analyse du contenu.

Chaque éclairage théorique que l'on retrouve dans les analyses est un éclairage possible. Chaque analyse donne donc une clé de lecture et de compréhension du processus d'activation de la résilience, dans un mouvement pendulaire avec des allers-retours entre les récits de pratiques et la théorie, en passant du singulier au général, en facilitant en cours d'entrevue la pensée réflexive (Schön, 1983). Lorsque Schön (1983; 1987) évoque une réflexion posée par l'acteur en cours d'action et sur l'action, il renvoie aux savoirs pratiques informels déployés par ce dernier pour composer avec les phénomènes caractérisant les situations qu'il rencontre. Il soutient alors que les gestes de l'acteur témoignent d'un savoir mobilisé en cours d'action. Il réfère à ce savoir comme à un « répertoire d'actions » (Schön, 1983), duquel l'acteur puise les éléments nécessaires à son interprétation de la situation et à son action.

L'analyse inductive fut donc privilégiée dans le but de faire émerger des catégories favorisant la production de nouvelles connaissances. L'analyse inductive est, selon Paillé (2008), un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes (Paillé et Mucchielli, 2008). L'approche inductive consista, dans le cadre de cette étude, à passer du spécifique vers le général. Cela signifie qu'à partir de faits rapportés (expériences, événements, savoirs pratiques, etc.), le chercheur monte en généralité par un processus de conceptualisation croissante. Ainsi, les résultats découlent directement de l'analyse du sens des récits collectés et non pas de réponses attendues du point de vue d'une théorie prédéterminée.

L'analyse des données s'est effectuée à l'aide de l'analyse de contenu thématique. Cette stratégie d'analyse est « une méthode qui vise à découvrir la signification d'un message » (Mayer et Deslauriers, 2000, p. 261). Ce type d'analyse est approprié avec le but de la recherche. Il s'agit de restructurer le discours selon une séquence ou un processus logique (Massé, 2009). L'analyse de contenu a permis de relever toutes les positions émises par les participants.

Selon Bardin (1977), l'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés qui demande un effort d'interprétation qui balance entre la rigueur de l'objectivité, et la fécondité de la subjectivité. Ce type d'analyse permet de classer et codifier les éléments importants d'un discours dans des thèmes ou catégories pour mieux faire émerger le sens (Gauthier, 2000). Bardin (1977) organise cette analyse de contenu en trois grandes phases (la première phase étant la pré-analyse, la deuxième phase étant l'exploitation du matériel et, enfin, la troisième phase étant le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation), alors que L'Écuyer (1990) et Gauthier (2000) la répartissent en six étapes. Nous avons choisi celles présentées par Gauthier (2000), parce qu'elles nous ont semblé plus détaillées et qu'elles répondaient à la façon dont nous avons voulu faire cette analyse. D'ailleurs, selon L'Écuyer (1990), le choix de la méthode d'analyse ne doit pas se faire parce que c'est la méthode d'un groupe donné à une époque donnée, mais parce que c'est la méthode qui permet au chercheur d'atteindre ses objectifs tout en répondant aux types particuliers des questions posées. Nous avons commencé d'abord par préparer le matériel

d'analyse, faire la pré-analyse, choisir l'unité d'analyse, puis exploiter les résultats, les analyser et les interpréter.

La première étape a consisté à préparer le matériel qui doit être analysé en retranscrivant les entrevues réalisées auprès des participantes et participants à l'étude. Les transcriptions ont été effectuées juste après les entrevues, de telle sorte qu'elles nous permettaient de mieux nous préparer pour les entrevues suivantes (Mayer *et al.*, 2000). Il a fallu, après la transcription des entrevues, traduire celles-ci de l'anglais au français. Pour ce faire, nous avons eu recours à un logiciel de traduction en ligne appelé Reverso, et ces traductions ont été vérifiées par une travailleuse sociale bilingue. Il faut aussi mentionner que la plupart des participantes et participants parlaient sans précipitation et articulaient bien, ce qui a facilité la transcription des entrevues et la traduction de celles-ci de l'anglais au français.

La seconde étape nous a amené à faire une lecture préliminaire des entrevues et nous a aidé à nous familiariser avec l'ensemble du matériel, à nous faire une idée des différents thèmes émergents, et que nous pourrions retenir lors de la classification, ou même de certains thèmes auxquels nous n'avions pas pensé mais qui pouvaient émerger des différents discours recueillis (Mongeau, 2011).

La troisième étape a consisté à extraire de notre matériel de petites unités de sens pour ensuite les regrouper dans d'autres ensembles plus grands qui sont utilisés pour la codification (Mayer *et al.*, 2000). Elles consistent en des mots, des phrases ou groupes de mots porteurs de sens particuliers au milieu de tout ce flot de discours. Étant donné le nombre peu élevé des entrevues réalisées, nous avons opté pour la saisie et le codage manuels en utilisant le logiciel QDA Miner. Cela nous a permis de classer et de catégoriser le contenu de nos entrevues. À l'aide de ce codage fait manuellement, nous avons créé des fichiers selon les catégories et les sous-catégories abordées dans les entrevues. Ensuite, nous avons regroupé dans chaque fichier correspondant, les réponses des participantes et participants en fonction de ces catégories et sous-catégories.

L'ensemble de tout ce matériel a été largement exploité. Cependant, il est tout à fait possible qu'une autre approche ou technique d'exploitation de ce matériel pourrait ouvrir la voie à d'autres orientations ou interprétations. Comme le dit Bardin : « Les résultats acquis, la

confrontation systématique avec le matériel, le type d'inférences obtenues peuvent servir de base à une autre analyse ordonnée autour de nouvelles dimensions théoriques ou pratiquées grâce à des techniques différentes. » (1977, p. 100).

Enfin, la quatrième étape est relative à la phase de catégorisation qui a consisté à élaborer une grille de catégories, donc des rubriques dans lesquelles on pourra mettre des éléments qui ont des caractères communs et, ensuite, classifier les données du corpus dans ladite grille (Bardin, 1977). L'exploitation de ces résultats s'est faite à travers leur organisation dans les différentes catégories construites comme les savoirs pratiques, les caractéristiques des tuteurs tels qu'ils sont représentés par les professionnels participants, les récits permettant de décrire le processus d'activation de la résilience. On a pu ensuite les regrouper dans des catégories de niveau supérieur comme par exemple la nature des interventions visant l'activation de la résilience, la complexité reliée au processus d'activation de la résilience, les postures des tuteurs dans l'action, en rapport aux savoirs pratiques. Ainsi, dans la catégorie « savoirs pratiques » qui a trois sous-catégories qui sont « Sensibilité pour les subtilités », « compréhension commune ou contextualité », « attentes et positions ou situativité », nous avons donné respectivement aux fichiers appartenant à cette première catégorie, le code A1, A2 et A3. Par exemple, toutes les réponses données concernant caractéristiques du processus d'activation se sont retrouvées de ce fait dans un seul fichier. Idem pour les données qui explicitent les savoirs pratiques. Cela nous a facilité la tâche pour les lire et surligner les points essentiels et/ou communs qui en ressortaient.

La cinquième étape a consisté à faire l'analyse qualitative de ce matériel, selon les catégories établies afin de pouvoir en dégager les idées principales qui vont nous permettre d'atteindre les objectifs de l'étude.

Finalement, la sixième étape, qui est l'interprétation des résultats, nous a permis, en les soumettant aux questions de recherche, de conceptualiser les idées fortes qui se dégagent et qui sont d'une très grande importance ou qui revêtent une signification particulière (Mayer *et al.*, 2000).

5.7. Éthique de la recherche

Le projet de recherche et les deux versions du questionnaire ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences, de la Faculté des arts et des sciences de l'université de Montréal (CERAS) (voir Annexe 3 et 4). Au moment des entrevues, nous avons soumis aux participants un formulaire de consentement dont ils devaient prendre connaissance et qu'ils devaient signer. Celui-ci présente le but de la recherche, les bénéfices qui en seront tirés, nos attentes par rapport à leur participation à l'étude, les règles qui sont relatives à la confidentialité ainsi que la protection de leur identité (voir l'annexe 1). Ce formulaire est en conformité avec l'Énoncé de Politique sur la recherche avec des êtres humains qui a été adopté par l'Université de Montréal. En effet, toutes les recherches effectuées par les membres du corps professoral, la population étudiante ou les employés et impliquant la présence de sujets humains doivent être soumises à un examen déontologique. Le Comité Éthique de la Recherche de l'Université de Montréal (CERAS) est responsable de toutes les recherches effectuées sur ou avec des sujets humains à l'Université de Montréal (<http://www.recherche.umontreal.ca/ethique-de-la-recherche/levaluation-ethique/les-politiques-en-vigueur-a-luniversite/>).

Dans le but de conserver l'anonymat des participantes, mais aussi des enfants et familles concernées par les récits de pratiques, les mesures suivantes ont été prises pour dénominaliser les données. D'abord, aucun nom n'a été associé aux entrevues qui ont été effectuées. Toutes les réponses ont été codées en utilisant les termes « participant » selon qu'il s'agisse d'un homme ou « participante » dans le cas d'une femme. De plus, nous y avons ajouté un numéro allant de 1 à 30 pour les participants et A et B pour les deux entrevues de groupe composées de 10 participants chacune. Ensuite, aucun nom d'agence ni aucune aire géographique n'ont été mentionnés, encore moins associés aux réponses données, ne donnant ainsi aucune possibilité de localisation des participantes et participants. Finalement, aucun nom des personnes ayant été desservies par les participantes et participants n'a été donné.

Le formulaire de consentement contient, outre la possibilité pour eux de se retirer de l'étude à tout moment, les dispositions prises pour assurer la prise en charge psychologique des participantes et participants qui en éprouveraient le besoin. Il consiste à s'appuyer sur le service de Counselling de l'agence qui sera actionné en cas de besoin. C'est la raison pour laquelle

toutes les entrevues se sont déroulées au sein des agences et aux heures ouvrables. Heureusement dans le cadre de cette étude, une telle procédure n'était pas nécessaire. Par ailleurs, ce même formulaire mentionne les dispositions ayant été mises en place pour la conservation sécurisée des données recueillies et la destruction des enregistrements audio après leur transcription. Il s'agit, d'une part, de la destruction des enregistrements audio après leur transcription et, d'autre part, de la conservation de ces transcriptions pendant cinq ans dans un ordinateur muni d'un mot de passe et auquel nous seul avons accès. Enfin, il mentionne les personnes à contacter en cas de complément d'information ou de plainte (voir l'annexe 1).

5.8. Le récit de pratique, révélateur des savoirs d'expérience

La démarche axée sur les récits de pratique (Desgagné, 2005) permet d'accéder à une forme de verbalisation de l'action des professionnels, véritable source de données susceptibles de contribuer à l'explicitation de la contribution des tuteurs de résilience à l'activation du processus d'activation.

Lemoine (1994) affirme que nous ne connaissons pas une réalité en soi, constituée d'objets dotés d'une essence propre, indépendante de l'action du sujet connaissant qui l'expérimente et la décrit. D'un point de vue de notre recherche, le récit de pratique contribuera comme révélateur de savoirs d'expérience. Dans l'épistémologie de l'agir développée par Schön (1983, 1987), le savoir pratique apparaît comme ce savoir-agir construit à partir des situations problématiques qui se présentent au praticien à travers une démarche que l'auteur associe à une conversation réflexive avec lesdites situations dans le but d'éclairer son intervention en considérant tous les enjeux du contexte de pratique. On peut envisager que certaines situations problématiques apparaissent au praticien, avec le recul du temps, comme plus marquantes, en tant qu'elles ont mobilisé, voire mis à l'épreuve, plus que d'autres, son répertoire d'interventions déjà construit, contribuant ainsi à le consolider et à le complexifier. C'est dans cette optique que les professionnels impliqués auprès des enfants maltraités réputés résilients ont été amenés à utiliser le récit de pratique, qui, d'un point de vue de recherche, est un révélateur de savoirs d'expérience, en les rendant explicites.

La démarche par les récits de pratique est la méthode choisie pour faire la collecte de données. Plus spécifiquement, l'entretien d'explicitation de la pratique des tuteurs permettra de collecter l'activité des sujets qui participent à la recherche. Vermersch (2010) considère que cette démarche d'accès à l'action est de type procédural, car questionner le sujet, c'est l'amener à dire dans le détail, pas à pas et par étape, comment son action se déroule. C'est une source de données, mais aussi une possibilité d'accéder à la connaissance communicable. L'approche de Vermersch (2010) fournit les bases théoriques et pratiques d'un entretien d'explicitation qui vise la clarification, l'explicitation et l'expression d'une expérience ou d'une action connue ou vécue. Pour ce faire, l'entretien d'explicitation vise à capter la verbalisation de l'action comme une tâche réalisée. Les entretiens d'explicitation de l'action sont indispensables pour amener à décrire, à objectiver et à se réapproprier les actions et les représentations qui ont été élaborées dans la réalisation d'une tâche ou d'un cheminement. Autrement dit, c'est à partir de ces entretiens que les mots des sujets sont livrés, que la parole de l'enquêté devient source d'informations exprimant dans un dialogue marqué par la confiance les savoirs pratiques de l'interrogé.

CHAPITRE 6 : RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats découlant de l'analyse de nos données. Ils sont présentés en fonction des objectifs de recherche et se divisent en deux sections. Dans la première section, une attention soutenue est portée aux récits de pratique des tuteurs comme vecteur de savoirs pratiques, notamment quant au processus d'activation de la résilience. Conformément aux objectifs de l'étude, les savoirs pratiques des tuteurs de résilience identifiés dans la majorité des cas, parmi ceux jouant un rôle important dans le processus d'activation, sont présentés. La seconde section de ce chapitre présente les caractéristiques spécifiques au processus d'activation de la résilience élaborées à partir des résultats. Chacune de ses composantes sont détaillées et appuyées par des extraits des comptes-rendus *in extenso*. Finalement cette partie se conclue par quelques propositions sur la façon de renforcer les pratiques organisationnelles qui favorisent l'activation du processus de résilience.

6.1. Les savoir pratiques spécifiques aux tuteurs de résilience

Le professionnel, notamment le tuteur, réfléchit avant, pendant et après l'action et au cours de sa réflexion, il mobilise des représentations et des savoirs de sources diverses (Schön, 1993). Sans cette capacité de mobilisation et d'actualisation des savoirs, il n'y a pas de compétences, mais seulement des connaissances. Certes, ce sont en partie d'autres savoirs pratiques qui permettent de mobiliser des savoirs théoriques, des informations factuelles et des procédures organisationnelles. Pour mettre en œuvre des procédures, le tuteur recourt à des ressources cognitives expérientielles qui ne sont pas des savoirs *stricto sensu*, ni même des méta-connaissances, mais, et c'est très important de le souligner, qui sont **des schèmes de pensée**, autrement dit des schèmes de raisonnement, d'interprétation, de création d'hypothèses, d'évaluation, d'anticipation, de décision (Giddens, 1993). Ces schèmes permettent d'identifier les savoirs pertinents, de les trier, combiner, interpréter, extrapoler, différencier pour faire face à une situation particulière (Giddens, 1993; Schön, 1993).

Le tuteur de résilience peut certes, dans la mesure où il est capable d'explicitier ses propres opérations mentales, se représenter un schème de pensée, de décrire une manière de raisonner, d'inférer, d'imaginer, d'anticiper, de décider. Il peut donc élaborer des schémas qui permettent de codifier ses schèmes et peuvent contribuer à les conserver, les faire évoluer, les transmettre (Bourdieu, 1972).

Les savoirs pratiques s'alimentent de deux sources complémentaires : d'une part, de la transposition pragmatique de savoirs déclaratifs, savants ou communs ; d'autre part, de la prise de conscience et de la codification de schèmes de perception, de pensée ou d'action existant à l'état pratique, souvent à l'insu de celui qui les fait fonctionner (Bourdieu, 1972). C'est-à-dire, le tuteur n'est pas forcément conscient de ces savoirs, mais peut le devenir, notamment en acceptant de participer dans des études comme cette thèse, études dans lesquelles il est appelé à expliciter ses savoirs pratiques.

Les savoirs pratiques sont informels, spécifiques à un contexte et le plus souvent implicites (habiletés spécifiques du métier, habiletés génériques ou *soft skills*, attitudes professionnelles). En tant que savoir relatif à un contexte, il diffère largement du savoir théorique dénué parfois de contexte (Eraut, 1998).

Au fil des entretiens menés, certains savoirs pratiques des tuteurs de résilience ont été identifiés dans la majorité des cas. Parmi ceux jouant un rôle important dans le processus d'activation, l'on retrouve :

- Savoir maintenir une ouverture d'esprit à l'égard du potentiel de l'enfant;
- Savoir afficher et entretenir une présence empathique;
- Savoir démontrer une volonté manifeste de mobiliser les ressources de l'enfant;
- Savoir adopter une attitude positive et optimiste.

Selon les participants, ces savoirs pratiques représentent de véritables piliers sur lesquels se construit l'activation du processus de résilience chez les enfants placés.

6.1.1. L'ouverture d'esprit à l'égard du potentiel de l'enfant

Savoir maintenir une ouverture d'esprit est considérée comme un savoir pratique important dans l'intervention des tuteurs, à laquelle s'adjoint la tolérance, le respect, la curiosité et l'humanisme. Les participants expriment le fait que l'ouverture d'esprit est importante pour pouvoir être réceptif aux sentiments, perceptions et idées de l'enfant. Elle permet la prise en compte des multiples facettes de sa situation ainsi que de laisser une place aux possibilités qui peuvent émerger dans l'interaction avec l'enfant.

Si on arrive auprès de ces enfants enfermés dans nos propres idées pour ce qui est bon pour eux, sans être ouvert à leurs propres idées, on risque de passer complètement à côté de la réalité et même de devenir inhumains. (Participante 1).

Quand ils sentent que vous êtes ouvert, à l'écoute, intéressé à eux, ils deviennent plus enclins à partager avec vous leurs habiletés, passions, idées et même leurs réseaux. (Participante 6).

Bien qu'ils accordent beaucoup d'importance à l'ouverture d'esprit, les participants insistent néanmoins sur le fait qu'elle ne les incite pas pour autant à tout accepter :

Pour ce qui nous concerne, l'ouverture d'esprit ce n'est pas du tout le fait de tout accepter, au contraire ! C'est prendre acte de la diversité des opinions, des possibilités et des modes d'être de l'enfant. [...] Le fait d'être ouvert nous ouvre la porte à des interactions plus sincères et plus profondes avec les enfants que nous rencontrons. Cela nous permet d'avoir une meilleure idée, par exemple, de ce qu'ils veulent, de leurs habiletés, de leurs rêves. (Participante 3).

Pour pénétrer dans l'univers complet de ces enfants et aller chercher leurs forces, il nous faut par moments mettre de côté nos idées préconçues, nos croyances, pour être capable de bien les comprendre. — Cela [l'ouverture d'esprit] demande beaucoup d'humilité, car dans ces moments précis, il faut être ouvert au fait qu'à bien des égards, c'est quasiment eux [les enfants] les experts de leurs propres situations. (Participant Groupe A).

Les récits des participants révèlent qu'une posture d'ouverture d'esprit renvoie le message que les enfants sont importants et porteurs de solution, et non pas de problèmes. Cela leur permet de transformer en partie par eux-mêmes leur situation problématique pour entrer dans l'espace de l'empowerment. Ce passage du problème au potentiel constitue une condition

sine qua non de l'activation du processus de résilience. Cette transformation requiert une posture humaniste ostensible, incarnée dans une relation signifiante et significative pour l'enfant. Ce rappel d'une quasi ontologie de la relation clinique importe dans un contexte où les conditions de travail des potentiels tuteurs de résilience peuvent nuire à l'expression continue de cette posture humaniste.

6.1.2. Une présence empathique

Selon les participants, la présence empathique est une sous-composante de l'ouverture d'esprit. Savoir afficher et entretenir une présence empathique consiste non seulement à se mettre à la place de l'enfant et à pressentir ce que soi-même on vivrait si on était dans sa situation, et elle permet également de conscientiser le tuteur quant à la manière subjective dont cet enfant en particulier vit ce qui l'affecte. Nous parlons bien de présence empathique, et non pas d'une simple posture empathique. Cette présence doit en effet être ressentie, vécue par l'enfant au quotidien de sa relation avec le tuteur. Cela requiert, en termes de conditions, une présence régulière de la part de l'intervenant.

Le fait d'être ouvert nous ouvre la porte à des interactions plus sincères et plus profondes avec les enfants que nous rencontrons. (Participante 3).

Pour qu'on puisse faire des progrès dans le processus d'activation de la résilience chez l'enfant, ce dernier doit avoir non seulement la perception, mais aussi la conviction que l'on comprenne ses différents états affectifs, émotionnels. (Participant 8)

La présence empathique nous permet d'être simplement soucieux de l'état émotionnel de l'enfant afin d'identifier ses propres émotions et ses vrais soucis. (Participante 4)

La perception par l'enfant de cette présence requiert une authenticité du tuteur, elle-même requérant une connaissance approfondie de l'enfant, des interactions fréquentes, une disponibilité réelle et quotidienne à cet enfant :

Il faut par contre être authentique, ne pas faire semblant, cela nous donne souvent l'heure juste sur l'étendue des maltraitances subies par l'enfant. (Participante 10)

Il devient évident qu'en étant empathique, il y a une meilleure proximité entre nous et l'enfant. (Participant Groupe A)

Pour entrer pleinement dans le processus d'activation de la résilience, l'enfant doit ressentir qu'on porte sur lui un regard inspiré par un véritable intérêt pour son mieux-être. (Participante 9)

La présence empathique nous pousse à agir en direction de l'enfant, en lui permettant de se sentir accepté tel qu'il est, sans remettre en question ce qu'il vit. (Participante 6)

Les participants considèrent la présence empathique comme un puissant vecteur de motivation et d'adaptabilité de l'intervention à la situation de l'enfant. C'est un important élément de résilience, en ce sens qu'elle incite le sujet à agir au-delà du traumatisme et à s'engager consciemment dans le processus d'activation de la résilience.

Cela demande une contribution énorme de nos ressources émotionnelles. [...] Ce n'est pas qu'on fasse des choses extraordinaires, on fait de notre mieux pour faire sentir à l'enfant qu'il y a des adultes qui font autrement que de le blâmer, mais qui l'écoute, le valorise. (Participante 10)

On ne fait quasiment jamais de reproches à l'enfant. (Participante 7)

Ce qui importe vraiment pour nous, c'est de chercher et de trouver ce petit brin de force qui existe encore chez l'enfant, souvent après qu'il ait presque tout perdu. (Participant 2)

On devient pour l'enfant cette présence qui, en quelque sorte, absorbe ses erreurs, ses faiblesses, pour découvrir ses habiletés, sinon on risque de se trouver dans un cul de sac. (Participante 3)

Les tuteurs consentent un effort significatif dans le processus d'activation de la résilience, notamment sur le plan affectif, mais aussi en termes de présence physique et de disponibilité à l'enfant. Les tuteurs soulignent cependant le fait que leur présence empathique n'exige ni talents ni ressources extraordinaires. Ils ne perçoivent pas leur implication comme

quelque chose d'extraordinaire ou de professionnalisé. Cela va dans le sens des travaux de Masten (2014) qui mettent aussi en évidence le fait que la résilience fait appel à des ressources ordinaires, dans la plupart des cas. La puissance de ces ressources ordinaires tire sa source du principe éthique de la commune humanité (Masten, 2014), forme fondamentale d'empathie dans le cadre d'une relation sociale d'intervention. Elle est ainsi le résultat de ce que Masten appelle la « magie ordinaire » (2014, p 52.) provoqué par une rencontre sensée et authentique aux yeux de l'enfant. Pour cela, la disponibilité de l'intervenant, mais aussi sa stabilité, importe beaucoup, ce qui questionne les conditions du travail. Cette magie ordinaire est le fruit d'interactions à la fois simples et complexes, qui exigent de la présence, du temps et du sens ; et pour que ce sens advienne, le tuteur doit avoir du temps, ne pas changer constamment, être engagé dans la situation dans sa globalité plutôt que pour une seule étape du processus.

6.1.3. Une volonté manifeste de mobiliser les ressources de l'enfant

Un des savoirs pratiques du tuteur de résilience que les participants ont identifié comme étant un élément important pour favoriser le processus d'activation de la résilience est de savoir démontrer une volonté manifeste, du point de vue de l'enfant, qui est stable dans le temps et prévisible pour l'enfant. Pour ce faire, il faut que le tuteur mobilise les ressources cognitives, sociales et conatives de l'enfant dans le sens d'une activation de son potentiel de résilience. Le tuteur doit non seulement croire au potentiel de résilience, mais fonder son intervention sur une perspective d'activation, sous la responsabilité première du sujet-enfant. Pour le tuteur, le fait d'interagir avec l'enfant non pas en tant que porteur d'un problème, ou de victime, mais bien en tant que ressource de sa propre guérison, est crucial à toute activation. Malgré la culture de protection, il ne s'agit pas de faire à la place de l'enfant, n'y de se constituer en ressource de remplacement (même si cela peut parfois être requis temporairement), mais bien de positionner son intervention comme condition favorable du processus de résilience, toujours du point de vue de l'enfant. En effet, cette volonté, si elle doit être ferme et structurante de toute intervention, doit avant tout être aisément perceptible par l'enfant pour qu'elle ait une chance de s'activer. Le tuteur reconnaît ostensiblement le fait que l'adversité est aussi productrice de compétences.

Cela peut paraître contradictoire, mais des conditions de vie extrêmes permettent le développement des ressources, voire même des compétences jusque-là insoupçonnées. (Participante 1)

Il s'agit pour nous d'aider à repérer les connaissances, savoirs, aptitudes, capacités de l'individu, de les mobiliser afin de les transformer en actions. (Participante 2)

Ainsi, l'enfant parvient à découvrir ses aptitudes parfois scolaires, mais aussi artistiques. (Participante 3)

L'enfant devient plus apte à prendre des initiatives. Comme s'il venait de découvrir son potentiel de confiance, ses options en termes d'actions à entreprendre. (Participante 4)

Il ne fait aucun doute que la mise en œuvre des ressources cognitives aide l'enfant à développer des connaissances des situations, des actions inattendues à planifier et réaliser. (Participant 5)

Afin d'atteindre ses objectifs, d'être efficace dans son cheminement, il faut aider la personne à solliciter aussi son environnement social pour être capable de le transformer. (Participant 6)

La mobilisation de ressources [et plus largement de compétences] sociales s'inscrit dans un parcours tout au long de la vie de l'individu et dans le rapport qu'il entretient avec autrui. (Participant Groupe B)

Les participants insistent cependant sur le fait qu'il ne faut pas glorifier l'adversité, mais néanmoins reconnaître qu'elle est aussi productrice de compétences, ce qui exige le décentrage de la seule lecture victimisante de la situation de l'enfant. Sur le plan affectif, mais aussi cognitif, la reconnaissance des ressources de l'enfant oriente la mise en œuvre de l'intervention sur ce qui active sa guérison par ses propres forces. C'est à travers l'explicitation ou l'expérience vécue de l'enfant que les ressources cognitives deviennent objet d'une auto-reconstruction active de soi. Une relation signifiante avec un tuteur de résilience permet à l'enfant d'expérimenter sa propre expérience du monde en tant que productrice de compétences. Le Boterf (2000) a montré que cette expérience interactive est encore plus puissante si l'enfant se trouve au carrefour de plusieurs tuteurs significatifs pour lui et provenant d'une diversité de milieux (professionnel, social, familial...). Ces milieux, chacun constitué de différentes organisations, de différents groupes, constituent des réseaux de socialisation dont le sujet s'approprie les différentes normes,

valeurs, ressources et modèles d'action, afin que le processus d'activation de la résilience puisse se mettre en branle de manière multidimensionnelle.

6.1.4. Affirmer l'avenir proche de l'enfant comme étant porteur de changements positifs

Les participants révèlent que savoir adopter une attitude positive et optimiste de la part du tuteur à l'égard de l'avenir proche de l'enfant représente un des éléments clés de l'activation de la résilience. Avec une telle attitude positive posant cet avenir proche comme différent du passé, l'enfant peut expérimenter une anticipation de sa vie hors de l'adversité, qui elle, tend à confiner l'enfant dans un présent sans issues. Cette expérimentation par la relation avec les tuteurs de la compétence anticipatrice bouge le rapport de l'enfant avec son histoire, à sa compétence et, à son statut de victime. L'activation de la résilience est donc utilement soutenue par le développement de cette compétence anticipatrice de l'enfant, autrement que comme la simple pulsion d'angoisse face à un avenir incertain, surtout s'il était garant du passé.

Voir les choses du bon côté vous permet de prendre de l'expérience à chaque événement/situation, et de l'utiliser de manière enthousiaste pour avancer, au lieu de sans cesse y penser, se plaindre et regretter. (Participante 10)

Ce savoir pratique posant le futur proche comme un objet d'auto-intervention par l'enfant lui-même se construit peu à peu par une intervention sur le sens des étapes quotidiennes que franchit l'enfant dans son parcours de reconstruction. Le fait de changer ces épreuves en occasions d'apprentissage est ainsi au cœur du processus d'activation de la résilience, car elle permet la constitution d'une forme d'empowerment face à cet avenir proche.

Toutes les situations, peu importe leur gravité, comportent ainsi leurs potentiels d'apprentissage. Le fait d'expérimenter par la relation avec le tuteur les ressources et les possibilités que l'adversité contient, favorise une reproblématisation par l'enfant de l'adversité qu'il a

rencontrée dans sa vie, ce qui est précurseur du développement d'un sentiment de capacité. Cela permet l'auto-transformation d'un sujet victime en un sujet capable.

Les gens qui se comportent en victimes sont souvent déprimés, négatifs et s'apitoient sur leur sort. Ils peuvent même être agressifs auprès des autres et avec eux-mêmes. » (Participant 15)

Ce dont vous avez besoin ? Développez une attitude positive – une vision positive envers la vie. C'est à partir de ce moment que vous commencez votre chemin vers une vie plus heureuse. En fait, je dirais même plus : si vous avez une attitude positive, il est alors quasi-impossible de retourner dans un cercle vicieux. (Participante 18).

Alors que nous définissons habituellement l'optimisme comme une attitude positive envers l'avenir, elle comprend bien plus que cela pour le contexte qui nous intéresse ici. Elle joue le rôle d'une stratégie d'adaptation qui peut aider l'individu à construire sa propre compétence anticipatrice, posant par le fait même le projet de vie comme un objet d'auto-intervention par l'enfant.

Une attitude mentale positive fait partie de ces puissants outils, et peut être utilisée pour atteindre vos rêves et plus grands désirs dans la vie. (Participant 20)

Ce que nous essayons de faire ici, c'est d'équilibrer la balance. Vous seriez surpris de voir combien de fois une chose considérée insurmontable se révèle à la fin réalisable. En changeant de perspective sur les choses, nous analysons les situations ou événements de notre vie de manière à éliminer les préjugés négatifs. (Participante 25)

Les tuteurs qui se trouvent dans l'environnement socioaffectif de l'enfant peuvent parfois bénéficier des groupes d'entraide. Il s'agit d'un groupe de personnes qui sont directement et personnellement affectés par un problème, une situation ou une inquiétude particulière. Ils sont dirigés par les membres de leur groupe, ce qui veut dire que ceux qui sont directement affectés par le problème sont les mêmes que ceux qui contrôlent les activités et les priorités de ce groupe. Si un grand nombre de ces groupes reçoivent une assistance extérieure des professionnels de santé ou d'autres groupes par exemple, leurs membres ont tout pouvoir de décision. (Participante Groupe A).

Le fait de se focaliser uniquement sur ce qui n'a pas fonctionné ou sur ce qui fait problème dans l'instant présent contribue à faire persister les traumatismes, et bloque le processus d'activation

de la résilience. Il importe donc de ne pas se focaliser sur ce qu'on ne veut plus, mais sur ce qui est potentiel et porteur de changement positif. Les tuteurs cultivent donc en ce sens une posture résolument optimiste à l'égard de l'enfant.

6.2. Le processus d'activation de la résilience

L'observation la plus révélatrice de notre analyse des récits de pratique consiste à affirmer que le processus de résilience se met véritablement en branle lorsque l'enfant, lui-même, mais à la faveur du contact avec un tuteur de résilience, parvient à saisir le présent, à vaincre sa peur, à s'approprier son sentiment d'existence, à trouver sa place au sein de la société. Ainsi, l'enfant demeure le principal acteur de sa propre résilience, alors que le tuteur constitue une condition favorable, mais non suffisante, à l'émergence de la résilience.

Nous allons par la suite présenter chacun des éléments principaux identifiés dans le processus d'activation, en l'illustrant d'extraits des récits.

6.3. Les Caractéristiques du processus d'activation de la résilience

6.3.1. Saisir le présent

Le passé traumatique de l'enfant et sa crainte du futur peuvent nuire au processus d'activation de la résilience. Ils sont susceptibles de faire manquer le présent, en le rattachant au passé plutôt qu'au futur. Ils empêchent alors l'enfant d'habiter la seule dimension du temps sur laquelle celui-ci peut exercer un pouvoir, une capacité de résilience, à savoir le présent, en tant qu'antichambre du futur proche.

Ainsi, à travers leurs récits de pratique, les participantes explicitent l'importance de développer des stratégies pour faire expérimenter le temps présent chez l'enfant.

Je leur dis « Si tu regardes le train passer, tu risques de le manquer. » (Participant 30)

Il s'agit de leur donner du pouvoir sur le cheminement. Et de véhiculer le message qu'ils ne font pas ça pour plaire aux travailleurs, ou aux familles, c'est pour eux autres. C'est de l'empowerment, c'est une question d'effort. (Participant 15)

Le tuteur de résilience aide concrètement l'enfant à vaincre sa peur de réussir à travers le renforcement de son estime de soi, en faisant l'équilibre entre les adversités du passé, la compétence présente et l'espérance du futur : moins vivre dans le passé, moins vivre dans un futur abstrait, saisir le présent. Il faut alors diminuer ses regrets et favoriser le développement d'un optimisme réaliste qui lui permet d'être raisonnablement confiant face à son avenir.

Avoir de la gratitude, cela veut dire que vous savez apprécier ce que vous avez. Le passé est du passé, et il n'y a rien à faire pour le changer. (Participant 30)

Remémorer les expériences négatives et les erreurs du passé ne sert à rien – à part vous déprimer. (Participant 25)

Se concentrer sur ce que vous avez aujourd'hui peut être un très bon exercice. Regardez où vous en êtes dans la vie. (Participant 30)

Une des choses c'est qu'il faut que tu fasses la part des choses. Démystifier certaines choses, identifier certaines choses. Qu'est-ce qui a eu de l'impact, qu'est-ce qui a eu lieu dans le passé et qui a un impact aujourd'hui ? Parce qu'avec cette multitude de problèmes on ne peut pas tout adresser en même temps. Faut faire la part des choses, miser sur les choses plus urgentes, satisfaire les besoins de base. Aller selon la pyramide de Maslow, faut commencer en bas par en haut, aller par étapes, identifier les choses prioritaires. Il faut prioriser sur quoi on va intervenir. Ceux qui arrivent avec un bagage de plusieurs traumatismes, c'est d'identifier les priorités. (Participant Groupe B).

Le présent est bien entendu multidimensionnel. L'activation du processus de résilience exige alors de montrer le lien entre ses diverses dimensions, et de montrer que certaines d'entre elles ont pu être préservées des effets délétères de la maltraitance, ou que d'autres en ont été préservées.

Au lieu de se focaliser sur les opportunités loupées du passé, regardez ce que vous avez. Toutes vos réussites, les gens qui vous soutiennent, les sources de bonheur dans votre vie en ce moment même. Cela inclus à peu près tout : votre travail, vos amis, votre famille, vos objectifs... absolument tout. (Participant 20).

L'intervention de protection de l'enfance n'est donc pas que palliative, en attendant 18 ans... Elle est aussi une occasion à saisir, en autant que ce temps de la vie soit l'occasion d'une activation.

L'activation de la résilience exige de vivre dans le présent et de récupérer l'énergie piégée dans les traumatismes et dans les blessures. C'est un changement qui peut être effrayant pour l'individu, et le temps d'attente donne un sentiment de sécurité, alors que la seule façon d'acquérir véritablement ce sentiment de sécurité est d'entrer dans le tourbillon des actions, des efforts, et de se sentir vivant à nouveau. (Participant 16)

Relâcher le passé, saisir le présent, laisser tomber les amertumes stressantes sont des actions qui libèrent l'énergie de l'enfant maltraité. (Participant 12)

6.3.2. Poser la peur comme objet d'intervention

Le tuteur de résilience aide l'enfant à affronter ses peurs, à en contrôler ses effets sur sa vie. L'activation s'appuie sur l'idée selon laquelle la résilience a lieu quand les peurs ont pu être maîtrisées : la peur de la perte de ceux qu'on aime, la peur de l'abandon par les gens qu'on aime, la peur de l'avenir, etc. Beaucoup de jeunes croient ne pas être à la hauteur des défis qui se présentent à eux, en raison précisément de leur situation de maltraitance actuelle, ou passée.

[Les jeunes] disent parfois : « Je ne suis pas à la hauteur, je ne mérite pas ça, je suis coupable. » (Participant 8)

Il s'agit de leur donner du pouvoir sur le cheminement. Et de véhiculer le message qu'ils ne font pas ça pour plaire aux travailleurs, ou aux familles, c'est pour eux autres. C'est de l'empowerment, c'est une question d'effort. (Participant Groupe A)

À un certain moment, je leur demande : Est-ce que tu veux t'en sortir ? » (Participant 15)

Il faut souvent inculquer au jeune l'idée qu'il faut agir comme si tout est possible. (Participant 19)

En fin de compte il ne faut jamais abandonner, la notion d'échec est complètement exclue pour ces enfants. C'est comme quand tu fais du CPR, t'arrête-pas jusqu'à ce que le sujet soi retourné à la vie. C'est la même chose, tu ne lâches jamais. À partir du moment que l'objectif visé devient l'activation de la résilience, il n'existe pas de cas perdus pour ce qui est des enfants confrontés à l'adversité. (Participant 30).

La peur d'un futur à l'image du passé est probablement le plus grand obstacle à surmonter dans l'activation du processus de résilience. Elle coince l'enfant dans un présent produit du passé, le paralyse devant un futur qui requiert leur activation pour advenir. Quand la peur coince l'enfant, elle est susceptible de le rendre agressif, de l'enfermer dans un cycle des échecs, véritable prophétie auto-réalisatrice constituant l'exact opposé de la résilience. Elle l'empêche d'aimer, de saisir le moment présent, de poser le futur comme désirable, de croire en ses capacités, de s'ouvrir aux autres et d'être réceptif aux possibilités qui s'offrent à lui.

Je leur demande souvent : « Est-ce que tu es à 100% certain de ne pas pouvoir y arriver ? »
» L'idée, c'est d'aller chercher cette petite partie qui croit que c'est possible malgré tout.
« Es-tu ouvert à la possibilité que ce soit possible de t'en sortir ? » (Participant 27)

Fondamentalement, la plus grande peur, c'est celle du futur, en ce qu'il pourrait être reproducteur de la maltraitance jadis expérimentée. Plus encore, le plus délétère dans la méconnaissance, c'est de ne pas connaître son potentiel. Se connaître, c'est s'explorer, c'est se regarder, c'est commencer à faire l'inventaire de ses capacités, puis de les expérimenter dans la relation avec le tuteur, de poser le futur comme objet d'une auto-intervention de l'enfant sur son propre rapport à son projet de vie. Et c'est aussi s'inspirer de ceux qui s'en sont sorti.

On apprend au jeune de ne pas avoir peur de l'échec, et que cela fait aussi partie du processus [...] l'échec est indispensable dans le processus d'activation. L'adresse commence par la maladresse, il faut des balbutiements [...] Petit à petit, pas à pas, le chemin se fraie, on arrive à se parfaire. (Participant 17)

Le tuteur aide l'enfant à remettre en cause la peur de l'échec, et utilise l'échec comme une occasion de grandir. Le tuteur aide l'enfant à arriver à la conclusion selon laquelle la peur l'informe que quelque chose doit et peut être corrigé. Ensemble, l'enfant et le tuteur élaborent un plan d'action qui cherchera à éviter que la peur évolue comme une force d'inertie durable.

On fait des erreurs qui sont en fait des apprentissages, on découvre des difficultés auxquelles on n'a pas pensé. (Participant 30)

Cela augmente la confiance en soi, ainsi que l'estime de soi, deux éléments essentiels au processus d'activation. (Participant Groupe B)

Quand cela ne marche pas, c'est pas grave, on continue à explorer et à essayer d'autres choses, c'est l'analogie du skieur, c'est-à-dire ceux qui ne tombent pas ne progresse pas. (Participant 18)

C'est en vivant des échecs et en les surmontant que l'on arrive à vaincre sa peur. (Participant 12)

L'activation de la résilience requiert de déployer une stratégie d'expérimentation par l'enfant, ce qui appelle à faire réfléchir à la question du risque.

Si je réussis, alors que mon clan ne l'est pas, je risque de perdre leur estime, je risque de perdre l'amour des miens. (Participant 8)

Voici quelques stratégies d'activation qui visent les peurs et le rapport au risque :

- ❖ Acquérir les informations nécessaires sur ce qui fait l'objet de ses peurs.
- ❖ Apprendre les compétences nécessaires pour affronter ses peurs.
- ❖ Formuler un plan B (et C...).
- ❖ Affrontez ses peurs avec le tuteur ou une personne de confiance lorsque cela est possible.

6.3.3. L'appropriation du sentiment d'existence et favoriser l'estime de soi

L'activation du processus de résilience vise à agir sur l'auto-attribution d'un statut de victime et sur la croyance en son impuissance face aux conditions adverses. Pour ce faire, le tuteur travaille à reconnecter l'enfant avec son potentiel. L'idée ici n'est pas de porter l'individu à se dissocier de lui-même et de sa propre expérience de l'adversité, mais d'expérimenter par sa relation au tuteur un autre rapport au monde, à soi et au futur.

On aide l'individu à développer une relation avec des idées différentes, un respect, une humilité, et il réalise qu'il est en fait beaucoup plus capable qu'il le croit. (Participant 7)

Le jeune développe un regard bienveillant sur lui-même [...] Le jeune développe un regard bienveillant de lui-même, en dépit du fait de la drogue, l'alcool, les excès. Il ne se sent plus isolé, tout seul, mais appartenir à quelque chose de plus grand. (Participant Groupe B)

Ils ressentent tous le lien avec le tuteur, mais aussi avec tous ceux qui peuvent les aider. (Participant 3)

Le jeune sent unifié à ce grand tout qui l'entoure, et se sent surtout supporté, accepté, aimé, fort et puissant malgré les adversités vécues. (Participante 12)

Ils se disent désormais que les obstacles font partie du jeu, Ils sont capables de trouver du courage dans leurs intérieurs profonds. (Participante 15)

Le jeune se sent beaucoup plus responsable de ses actions, de ses émotions. (Participant 19).

Le tuteur aide l'enfant à s'approprier sa confiance en soi et son estime de soi, en montrant que l'adversité a eu des effets positifs sur lui, notamment en termes d'accroissement de ses capacités.

Si tu gagnes tout le temps, tu n'apprends rien. (Participante 30).

Professionnellement, il faut tout faire, tout mettre en place pour que ce jeune puisse avoir un cheminement positif. Ceux qui réussissent ont souvent une estime de soi plus grande. L'estime de soi c'est un élément clé. Se sentir aimé aussi compte beaucoup. La volonté de réussir aussi fait une grande différence. (Participante Groupe A)

Le lien affectif, l'amour, un toucher, des caresses, tout ce qui comble le vide causé par les carences affectives, font une grande différence, même si tu as des intervenants autour. Souvent des enfants auprès desquels on est impliqué vont nous donner des caresses, à cause des carences affectives. On les prend on en donne, cela contribue au bon cheminement. (Participante 30)

Cette pratique s'inscrit profondément dans une perspective développementale, fondée sur l'idée d'un potentiel de croissance, et sur une posture humaniste, affirmant la capacité de l'enfant à faire les choix lui convenant. Le tuteur aide l'enfant à choisir un domaine de vie pour structurer une intervention et dans lequel la confiance va avoir le plus d'influence, le plus d'impact possible, avec les meilleurs résultats possibles sur son développement. Le tuteur explore avec l'enfant les axes sur lesquels focaliser le travail sur la confiance en soi. Il importe de choisir un axe précis, car la précision de l'intervention renforce l'expérimentation par l'enfant d'un succès concret en matière de confiance en soi, ce qui permet de créer un sentiment de pouvoir, et donne sens au processus d'activation de résilience chez l'enfant.

6.3.4. Occuper sa place

Le tuteur aide l'enfant à prendre sa place et à exercer une influence sur son environnement à travers un talent artistique, le sport, le bénévolat ou toute autre activité adaptée à son projet de vie. Ce dernier expérimente alors le fait que sa contribution importe pour lui et pour autrui dans une sphère d'activité ou un secteur de son environnement. Lorsqu'il se sent à sa place dans la communauté humaine, il éprouve alors le sentiment d'y être un membre à part entière et s'y sent digne de confiance. L'enfant se sent ainsi renforcé dans son sentiment d'existence (Pourtois *et al.*, 2012). Pour les participants, ce n'est que lorsque l'enfant réalise qu'il fait partie intégrante de sa communauté, même reconfigurée par l'éloignement de parents, et qu'il s'y sent valorisé, que le processus d'activation de la résilience atteint sa pleine capacité. Ainsi, les participants nous disent.

Quand l'enfant trouve sa place dans son environnement, dans la société, pour réaliser qu'il est aussi un élément fondamental de celle-ci, son estime de soi se renforce, il devient capable de réaliser des exploits. [...] C'est comme si, tout à coup, l'enfant découvre ses talents artistiques. Il se met à créer, il chante, peint. (Participante 30)

Le tuteur aide l'enfant à viser des objectifs clairs, réalistes et atteignables. Il soutient l'enfant afin qu'il puisse sortir peu à peu de sa zone d'autoprotection pour pouvoir identifier clairement ce qu'il veut, et lui faire expérimenter ce qu'il peut.

L'enfant affiche une volonté manifeste de jouer son rôle au sein de cette communauté qui est devenue la sienne. Il veut que sa communauté gagne, il se met à se dépasser dans le sport, par exemple, il se voit comme une fierté pour sa communauté. (Participant Groupe B)

Le fait de savoir qu'il fait partie intégrante de sa communauté augmente l'estime de soi de l'enfant. (Participant 20)

Une fois qu'il éprouve la conviction d'être un membre irremplaçable de sa communauté, l'enfant fait beaucoup d'effort pour se dépasser, il veut réussir, mais il veut aussi aider d'autres enfants à réussir. (Participante 9)

Le tuteur de résilience aide l'enfant à trouver sa place dans son environnement, dans la société, pour réaliser qu'il en est un élément important. L'enfant expérimente par le fait même qu'il est une valeur ajoutée de son environnement. Ce faisant, il ressent le fait de trouver sa place au sein d'une société qu'il peut expérimenter comme un élément sécurisant, rassurant, générateur de capacités d'autonomisation. Il se voit alors comme étant digne de confiance, ce qui favorise la constitution d'un espace affectif lui permettant de se reconstruire pour se remettre à vivre après chaque épreuve, contrairement au repli sur lui-même que pouvait provoquer la maltraitance. Plus les liens d'attachement sont tissés serrés entre les différents membres de la communauté et l'enfant, plus ce dernier cultive le sentiment d'appartenir à un territoire au sein duquel il peut finalement réaliser ses rêves. Le sentiment d'avoir trouvé sa place se constitue comme une caisse de résonance affective, une véritable courroie de transmission entre les besoins affectifs de l'enfant et sa résilience activée. Pour Pourtois et ses collaborateurs (2012),

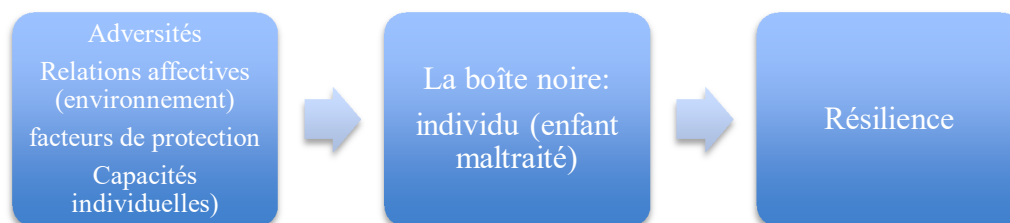
c'est à travers le sentiment d'avoir trouvé sa place au sein de sa communauté que le système affectif entre pairs, considéré comme le système le plus répandu de tous les systèmes d'affection (après les liens familiaux), peut se révéler porteur de changements chez l'enfant. Il existe un lien étroit entre le sentiment d'avoir trouvé sa place au sein de sa communauté, et la constitution d'une estime de soi à la fois solide et stable (Ahern, 2006). À l'inverse, les enfants qui ne trouvent pas leur place au sein de la société se désaffilient.

Cacioppo et ses collègues (2014) ont démontré, grâce à des études utilisant les techniques d'imagerie cérébrale, qu'un enfant se retrouvant isolé du groupe social a moins d'activité dans ses réseaux cérébraux associés. Des phénomènes d'hyper vigilance et de réaction de défense en résultent très souvent, par incompréhension ou peur d'autrui, ainsi qu'un stress chronique qui peut avoir des effets désastreux sur la santé physique et mentale. L'étude de Cacioppo (2008) nous aide à mieux comprendre la nature foncièrement sociale du développement de l'enfant. Le tuteur de résilience recherche les situations susceptibles de faire expérimenter à l'enfant les effets positifs pour lui, de liens sociaux plus diversifiés.

6.4. Apport original de la thèse

Qu'est-ce qu'on ne savait pas et que l'on sait désormais à propos de la résilience ? Quel en est l'apport original ? Cette thèse propose à la communauté scientifique et professionnelle, pour la première fois, une compréhension inédite de la façon dont s'active la résilience. Avant cette étude, l'ensemble des travaux sur la résilience aboutissaient à la conclusion que les humains peuvent surmonter des traumatismes graves, même en gardant des cicatrices, avec des variations dues aux approches utilisées et aux encrages disciplinaires. Habituellement, les spécialistes du domaine s'intéressent particulièrement aux facteurs de protection, au premier rang desquels se situent les relations affectives avec les proches, sans nécessairement l'aide de professionnels. C'est une approche que nous appelons « Boîte noire », c'est-à-dire qui se résume à espérer que le fait d'exposer l'enfant maltraité à des relations affectives saines, en mettant en adéquation ses capacités individuelles et des facteurs de protection, on peut espérer magiquement la résilience.

Cette conception est selon nous trop strictement internaliste et insuffisamment relationnelle.



Il est vrai qu'Ionescu (2011), dans son *Traité de résilience assistée* (préfacé par Cyrulnik) introduit la notion de la construction de la résilience à travers l'accompagnement de spécialistes, mais c'est plutôt pour aider à mieux comprendre la façon dont un professionnel peut faire usage de ce que l'on introduit dans la boîte noire (ex. : relations affectives, facteurs de protection, capacités individuelles). Notre étude va plus loin en tentant de projeter de la lumière dans cette importante boîte noire.

Lors du congrès mondial sur la résilience tenue à Trois Rivières en 2016, événement lors duquel nous étions le premier et le seul à introduire la notion d'activation de la résilience, la communauté scientifique fut agréablement surprise du caractère inédit de nos travaux. Ceci s'est concrètement traduit en plusieurs entrevues dans des médias très prestigieux¹⁵, des invitations internationales, des propositions d'ouvrages.

Nous innovons donc. Nous proposons au terme de ce parcours doctoral le concept de « résilience activée », que nous définissons comme suit : « Le fait pour un enfant, avec l'aide d'un tuteur de

¹⁵Ici Radio-Canada. (2016). Les années lumières. Doc/Post Doc : La résilience des enfants selon Robert Louis. Répéré à : <http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/les-annees-lumiere/episodes/368853/audio-fil-du-dimanche-27-novembre-2016/4> (page web consultée le 15 décembre 2016)

UdeM Nouvelles. (2016). La perte de l'identité : un dénominateur commun chez les jeunes suicidaires. Répéré à : <http://nouvelles.umontreal.ca/article/2016/09/23/la-perde-de-l-identite-un-denominateur-commun-chez-les-jeunes-suicidaires/> (page web consultée le 12 octobre 2016)

résilience, de parvenir à saisir le présent, à vaincre sa peur, à s'approprier son sentiment d'existence et, à trouver sa place au sein de la société » (Louis, 2017).

La résilience activée transcende même le secteur des enfants maltraités. Il s'agit du bon développement de l'humain. Cette nuance n'est pas anodine, quand on sait que notre modèle du processus d'activation peut s'appliquer par exemple, dans la prévention du décrochage scolaire, dans la psychologie du sport, etc. Cette transcendance peut donner par moment une impression généraliste et humaniste à notre propos, car l'applicabilité de notre modèle d'activation peut être large. La portée de cette étude risque d'être beaucoup plus large que nous le pensions.

Notre étude aidera non seulement à mieux comprendre des comportements, mais également à contribuer à soutenir l'émergence de nouveaux comportements. Elle ouvre des perspectives éducatives et thérapeutiques prometteuses. Elle pourra contribuer par exemple, à modifier les comportements inappropriés chez les intervenants porteurs d'un rôle de tutelle. Je pense particulièrement à la délinquance juvénile, et aux efforts de du système de justice restauratrice pour les jeunes incarcérés. Un enfant constamment déstabilisé par son tuteur non activant pourra se voir enfermer dans sa condition de victime. Mais un enfant dont le potentiel de résilience aura, lui, été soutenu, pourra lui-même agir sur sa vie.

Si chacun reste cloisonné dans ses pratiques professionnelles disciplinaires et routinières, le biologiste, en voyant un enfant résistant en conclura hâtivement que c'est une molécule ou un gène qui lui a donné le pouvoir de s'en sortir grâce à sa vitalité, alors que le sociologue prouvera par de savantes courbes que c'est l'entourage social qui l'aura récupéré, tandis que le prêtre, souriant tant il est convaincu, affirmera sans crainte que seuls ont été sauvés les enfants qui croyaient en Dieu. Les trois auront minoré, ou occulté, la dimension relationnelle et donc interdisciplinaire de l'activation de la résilience

La notion du lien socioaffectif tissé avec le tuteur est d'une importance capitale dans l'activation du processus de résilience. C'est pourquoi il est important que la famille (biologique, adoptive, d'accueil), soit partie prenante dans le processus de résilience. Ceci, au moyen, par exemple, d'une alliance thérapeutique qui consiste, à partir de ce que la famille considère comme un problème, d'essayer de comprendre, ce qui ne signifie pas admettre, le

point de vue de la famille, sa culture et sa logique, d'associer toute personne significative et utile, et de chercher d'abord les aspects positifs et adaptatifs du comportement des parents, pour en faire le lien avec ce formidable réservoir de santé potentielle dont dispose jusqu'à une certaine limite tout être humain confronté à des maltraitances.

Quand le tuteur est impliqué, le soutien socioaffectif est insuffisant. La présence d'un rapport de confiance avec l'entourage immédiat est déterminante pour aller pleinement activer le processus de résilience. La capacité également de participer à la vie sociale, en se sentant utile et responsable, fait oublier les immenses sacrifices requis par certaines conditions de vie intolérables. Et si l'enfant peut se rattacher à des projets qui confèrent un sens à sa vie, il pourra se transcender sans nécessairement hypothéquer sa santé mentale. La résilience exige une ouverture aux autres. Le repli sur soi est la stratégie perdante. Ce n'est pas parce qu'ils ont des qualités supérieures que les enfants résilients s'en sortent, c'est parce que les tuteurs les entourant ont su mobiliser des savoirs spécifiques à l'activation de la résilience.

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

Rappelons que la présente recherche a pour objectif principal la mise en lumière du processus d'activation de la résilience chez l'enfant ayant été exposé à la maltraitance à partir d'une perspective de type *récit de pratique* explicitée par les tuteurs de résilience. Nous avons donc cherché spécifiquement à répondre à la question : Comment se constitue le processus d'activation de la résilience chez certains enfants placés, réputés résilients, à partir de la pratique de tuteurs de résilience ?

Ce présent chapitre a comme objectif de discuter des principaux résultats de cette recherche en lien avec les savoirs théoriques et empiriques issus des écrits scientifiques. Les résultats de l'étude seront ensuite abordés sous l'angle des objectifs ciblés. Finalement, les limites de cette étude et les implications pour le domaine de la recherche et de l'intervention suivront.

Cette étude a permis de décrire et d'expliquer le processus d'activation de la résilience, et la contribution des tuteurs de résilience à ce processus. Cela constitue un apport novateur sur le plan scientifique, tant pour le domaine spécifique de la protection de l'enfance que pour l'intervention psycho-sociale en générale. Classiquement, plusieurs études se sont focalisées sur la mobilisation des ressources adaptatives de l'enfant face au traumatisme de la maltraitance (Bonnano, 2004; Cyrulnik, 1999; Manciaux, 2000; Lemay, 2000). Ainsi, les travaux de Carbonel (2002), Murphy (1980) et Anaut (2002) se sont intéressés aux facteurs de résilience intrinsèques permettant d'éviter une issue négative. Une grande partie de la littérature sur la résilience concerne donc les facteurs intrinsèques de résilience qui permettent de retrouver un état de stabilité (Pauchant et Mitroff, 1992). Enfin, des travaux plus récents s'intéressent à l'adaptation post-maltraitance (Ahern, 2006; Atkinson; Martin, & Rankin, 2009). En appui par rapport à la connaissance de ces facteurs, ce courant de pensée cherche à augmenter la résilience des enfants, pour ainsi boucler le cycle de gestion de la maltraitance par un retour à la prévention et à l'adaptation.

Toutefois, ces travaux s'arrêtent généralement aux facteurs de résilience chez l'enfant suite à l'exposition à la maltraitance, et n'examinent pas le processus par lequel la résilience s'active. L'étude du processus d'activation de la résilience dans la période critique de la

maltraitance constitue une priorité pour concevoir une intervention plus adéquate avec ces situations de maltraitance (Powley, 2009).

Cette recherche contribue à étendre les connaissances relatives à l'une des conditions essentielles de ce processus d'activation, soit la présence de tuteurs de résilience, soit des acteurs, ici professionnels, dont l'intervention a pour effet de soutenir les facteurs de résilience, plus encore de susciter leur activation. Ces tuteurs possèdent des savoirs pratiques que nous avons voulu mettre en lumière. Pour mener cette étude, nous avons analysés les expériences concrètes de tuteurs de résilience, à travers leurs récits de pratique. Ainsi, notre démarche va au-delà des études habituelles consistant à comprendre la résilience à partir des enfants. En effet, bien que plusieurs études exposent les facteurs impliqués dans l'évolution positive, l'adaptation et la participation sociale des enfants confrontés à la maltraitance, très peu se sont intéressées à leur résilience (Quale & Schanke, 2010; White *et al.*, 2008). D'autre part, nombre d'études ont présenté les facteurs de risque d'une évolution défavorable, mais aucune n'a documenté l'ensemble des facteurs de protection et des déterminants de la résilience de cette population selon les points de vue des intervenantes.

7.1. Activer la résilience demande un changement de regard

L'activation de la résilience requiert que le tuteur se centre sur la création de situation d'interventions permettant à l'enfant d'expérimenter l'émergence de ressources et de compétences nouvelles, mais aussi d'un sentiment de confiance à autrui et d'estime de soi lui permettant de se réaffilier au monde social (Kaufman, 2013). Cela permet à l'enfant d'inscrire sa trajectoire sociale dans un présent plus sensible au futur. L'effort d'intervention peut viser alors non pas la réparation utopique de la blessure subie, mais bien davantage la remise en jeu des capacités du sujet et l'accroissement de ses ressources personnelles afin qu'il retrouve un équilibre puis qu'il reprenne son parcours développemental post-maltraitance.

Le changement de regard qu'exige la résilience n'a de sens que si le tuteur fait preuve d'ouverture d'esprit. Cela implique d'examiner les faits, d'avoir la volonté de rechercher des informations qui peuvent remettre en cause ses croyances, d'envisager tous les aspects de la

situation (difficultés, possibilités, forces, faiblesses, ce qui est dit et ce qui est non-dit), de soupeser toutes les possibilités de réponse, de renverser le regard sur la maltraitance de victime à potentiel, et d'accepter de changer de point de vue face à de nouvelles révélations (Kopiac et Howden, 2000). La capacité à changer d'idée, à la lumière de nouvelles informations, représente l'une des plus grandes forces du tuteur, à condition de ne pas surestimer sa façon de penser.

7.2. Six dimensions spécifiques des savoirs pratiques des tuteurs

Patricia Benner attribue les savoirs pratiques des tuteurs de résilience, une signification constitutive pour la compétence d'action professionnelle axée sur les travaux de Schön en matière de théorie de la connaissance, telles qu'il les a fondées dans son épistémologie de la pratique (Schön, 1983). Ce faisant, elle distingue six dimensions du savoir pratique (Benner, 1982), lesquelles font partie des qualifications spécifiques :

- 1) Une sensibilité pour de subtiles différences qualitatives (sensibilité). Les tuteurs de résilience, à mesure que leur expérience croît, développent une sensibilité de plus en plus grande pour des différences de situation subtiles et infimes dans l'intervention.
- 2) Une compréhension commune (contextualité). Les tuteurs de résilience, à mesure que croît leur expérience d'intervention, disposent d'un stock croissant d'expériences similaires et communes qui leur permet de travailler la main dans la main, et ce, même dans des situations de maltraitance très complexes.
- 3) Des hypothèses, attentes et positions (situativité). L'interaction entre hypothèses, positions et attentes guidées par l'expérience, aboutit à un discernement intelligent et à une action en contexte. Ce qui constitue une différenciation extraordinairement fine des plans d'intervention qui dépassent largement le cadre de l'action dirigée par la théorie.
- 4) Des tâches de travail paradigmatiques (paradigmaticité). Les tâches des tuteurs de résilience sont souvent vécues, subjectivement, comme un défi particulier qui, objectivement, génèrent une expérience nouvelle ou élargie, mais qui, en même temps, sont gérées sur la base d'expériences.

5) Une communication dans la communauté de pratique (communicativité). Le savoir pratique de la compétence professionnelle des tuteurs se reflète dans un langage et une communication contextuelle dont la pleine signification n'est accessible qu'aux membres de la communauté de pratique. L'accès au savoir pratique d'une communauté de pratique présuppose que l'on en comprend le langage.

6) Des tâches imprévisibles et métacompétence (perspectivité). L'action professionnelle pratique des tuteurs se déroule dans des situations et contextes de travail souvent imprévisibles à un certain degré. Dans ces situations, un nouveau savoir pratique, individuel et collectif, se forme en permanence. Les tuteurs apprennent en effet à fonctionner avec l'imprévisible (Benner, 1982; Boreham, 2002).

La résilience ne signifie ni absence de risque, ni protection totale. Elle contient des risques qui, par nature, peuvent se réaliser. Mais leur réalisation n'est pas confirmation d'un état victimaire, mais bien occasion d'apprentissage. Le développement de la résilience passe donc, pour les professionnels, par un autre regard sur la réalité. Aux professionnels et aux services, il est demandé de modifier leur regard et de rechercher systématiquement les aspects positifs, les capacités, les ressources des enfants, des personnes, des familles auprès desquelles ils interviennent. Il ne s'agit pas d'être naïf ou inconscient, ni de nier les problèmes, les symptômes, mais bien de les mettre en balance avec les qualités, les possibilités, même limitées, voire latentes, des enfants en bute à la maltraitance grave.

7.3. Restauration des systèmes adaptatifs fondamentaux

Le fait de se focaliser sur les forces et les habiletés de l'enfant et d'éviter tout jugement, blâme et reproche à son endroit, contribue au renforcement, au soutien et à la restauration de ses systèmes adaptatifs fondamentaux, ce qui facilite son développement ainsi que la promotion de ses compétences et de sa résilience. Les bien-faits de cette présence empathique sont confirmés par les études en neurosciences (Doidge, 2007). En effet, la neuro-imagerie montre que le cerveau traite les mots de la même façon que les sensations physiques. Du point de vue de la neurosciences, il n'y a aucune différence entre une gifle et l'insulte pour ce qui est de la réaction du cerveau. Un mot peut déclencher une souffrance physique aussi sûrement qu'un coup (Frith,

2010). Le tuteur de résilience contribue à ce que l'enfant cesse progressivement de considérer son expérience de la maltraitance comme un état impossible à changer. Cela lui permet de reproblématiser sa situation et de favoriser l'activation du processus développemental qui caractérise l'enfance. Ces tuteurs entraînent l'enfant à délaisser progressivement l'intériorisation de la souffrance comme attribut central de leur vie, en leur faisant expérimenter des succès.

Dans le processus d'activation de la résilience, l'accent est mis sur l'importance du lien, car pour qu'un enfant ayant subi une expérience dévastatrice comme la maltraitance grave, puisse reprendre le cours évolutif de son existence, il faut une ou des mains tendues qui lui permettent de se réintégrer dans la société. Cela mobilise les qualités d'empathie du tuteur, mais aussi l'environnement du sujet. Ce lien lui permet de se réapproprier sa propre histoire, sa propre vie, grâce à la réutilisation interne des apports extérieurs, mobilisation rendue possible par la qualité des apports des tuteurs (Cyrulnik, 2000).

Le tuteur de résilience vise à établir des liens entre les forces et compétences de l'enfant avec les ressources formelles, comme le milieu scolaire ou communautaire, et informelles, comme le réseau familial et social, disponibles dans son environnement. Pour les enfants ayant des vulnérabilités biologiques, comme une réactivité très élevée au stress ou une intelligence inférieure à la moyenne, le soutien de l'environnement est extrêmement important

L'étape dans lequel le tuteur mobilise essentiellement les forces de l'enfant en les mettant en lien avec ses ressources internes et externes revêt une importance capitale. C'est par ces liens tissés entre les différents facteurs de résilience identifiés et les ressources présentes chez l'enfant et dans son environnement que se mettront en branle les processus d'activation pouvant mener à la résilience.

La résilience incite non seulement à considérer la personne, mais aussi son réseau de relations sociales, que ce soit sa famille, ses amis, ses voisins, ses camarades de classe ou ses collègues de travail (Saleebey, 2009; Vanistendael et Lecompte, 2000; Cyrulnik, 2000; Terrisse *et al.*, 2001; Delage, 2004; Tousignant, 1999; Werner, 1993). Le tuteur doit donc arriver à identifier avec l'enfant les ressources formelles et informelles présentes dans son environnement qui lui sont significatives. Parfois, notamment dans le cas de maltraitance ou de négligence

familiale, la collaboration de la famille n'est pas toujours possible. Le soutien peut alors venir de l'extérieur de la famille (Cyrulnik, 1999), comme du milieu scolaire ou du milieu communautaire (Anaut, 2002; Cyrulnik, 2000; Delage, 2004; de Tychey, 2001; Garmezy, 1991; Guedeney, 2000; Luthar, 2000; Manciaux, 2001; Rutter, 1999; Werner, 1993). Aussi, comme le rapporte Gilligan (2008), certaines personnes vont parfois jouer un rôle important tout au long de la vie de l'enfant, tandis que d'autres vont jouer un rôle ponctuel mais qui peut influencer toute une vie.

Enfin, selon Vanistendael et Lecompte (2000), l'idée d'une activation de la résilience vaut aussi pour le tuteur qui intervient auprès d'un enfant en difficulté et qui viendrait à considérer son intervention comme un échec. L'échec n'annule pas le sens, par exemple ce qui ne donne pas de résultats à court terme peut donner des résultats à long terme.

Le tuteur de résilience doit donc accompagner l'enfant dans le processus de résilience en adaptant son action à la personne. Le chemin vers la résilience se fait parfois en marchant, parfois au pas de course. Une relation thérapeutique empreinte d'un esprit de collaboration, de confiance ainsi que de la croyance dans la capacité des individus à identifier leurs besoins, leurs forces et leurs ressources est donc primordiale (Cyrulnik, 1999; Drapeau *et al.*, 2004; Saleebey, 2009; Vanistendael et Lecompte 2000).

Notre apport original, soit le processus par lequel s'active la résilience présenté précédemment, représente le cœur de cette thèse. La connaissance du processus d'activation s'avère très utile dans le champ de la prévention, afin de promouvoir la résilience chez les enfants placés en familles d'accueil. Une évaluation complexe et complète des contextes de vie des enfants maltraités est donc un prérequis à l'intervention, ainsi qu'une compréhension du rôle de ces facteurs qui entrent en ligne de compte. Si ces facteurs sont connus de manière générale, il reste qu'ils ne s'appliquent pas nécessairement à tous les contextes de risque, ni à tous les enfants.

L'individu devra se distinguer sur au moins trois des cinq domaines pour être qualifié de résilient. La présence d'un lien significatif positif avec un ou des adultes représente un facteur important de résilience pour les jeunes hébergés en milieu substitut. Ce lien devrait être établi directement auprès d'un membre de la famille immédiate (mère, beau-père ou fratrie), sinon une

tante, un cousin, un entraîneur, un professeur ou un autre adulte avec qui le jeune a établi un lien de confiance, peut jouer un rôle clé pour soutenir et orienter les jeunes dans la résilience. La mère représente une source de soutien incontournable dans la vie de la plupart des jeunes qui ont participé à cette étude, et ce, malgré les contextes familiaux difficiles.

7.4. Limites de l'étude

Arrivés au terme de cette recherche, il nous faut à présent la soumettre à un regard critique. Malgré son importante contribution et son apport original, la présente étude comporte des limites qu'il importe de souligner. La reconnaissance de ces limites permettra d'aborder les résultats avec la nuance et la prudence qui s'imposent.

Tout d'abord, nous voulons émettre une critique quant à l'homogénéité des populations d'enfants auprès desquels sont impliqués les tuteurs de résilience ayant participé à cette étude. En effet, l'âge des enfants varie d'un tuteur à l'autre (parfois de 0 à 5 ans, parfois de 12 à 14 ans et parfois de 12 à 16 ans), ce qui représente parfois un écart de 3 à 4 ans. D'autres part, pour ceux placés en familles d'accueil, certains d'entre eux, avant d'être placés, ont été confiés à un tiers digne de confiance. Si tous les enfants dont parlent les participantes et participants ont été exposés à des situations de maltraitance, ils n'ont pas bénéficié des mêmes suivis, des mêmes prises en charge. Certains ont dû endurer les violences familiales sur une durée beaucoup plus importante, certains ont été maltraités précocement dans leur famille biologique, ce qui a sans doute eu des effets négatifs sur le développement de leur processus de résilience. De plus, il semblerait que parmi tous ces enfants, certains cumulent plusieurs types de mauvais traitements, cumul qui a eu un impact plus important que la seule présence de négligences graves.

Il est vrai que les violences physiques, les maltraitances sexuelles et les négligences graves sont mieux détectés de nos jours, il n'en est pas de même pour la maltraitance psychologique, qui est moins visible, ce qui laisse croire qu'il est possible que certains paramètres activationnels de résilience échappent aux chercheurs et intervenants. Il est fort probable que l'ensemble de ces paramètres interfère avec les résultats obtenus. Notre population

étant composée essentiellement d'intervenants, nous sommes d'avis, à l'instar de Husain (1991)¹⁶, qu'il est illusoire de penser pouvoir obtenir une population homogène : c'est un idéal méthodologique presque jamais atteint, dans la mesure où il n'existe pas deux individus semblables, ou deux récits de pratique complètement identiques. Néanmoins, il est nécessaire de faire avancer les savoirs scientifiques sur le processus d'activation de la résilience chez les enfants exposés aux maltraitances, même si l'on sait que beaucoup de facteurs échapperont à notre contrôle.

Nous sommes conscients que l'effectif de cette étude n'est pas suffisamment important en termes de nombre, ce qui ne permet pas de généraliser les données qu'elle a fait émerger. Mais comme nous l'avons précisé, l'objectif de cette recherche était de cerner les conditions qui entrent en ligne de compte dans le processus d'activation de la résilience. Or, il aurait fallu que les participantes et participants, ou le chercheur, établissent le niveau de résilience de chaque enfant avant leurs expositions à la maltraitance, ce qui n'est pas sans poser de difficultés. Pour satisfaire à cette exigence méthodologique, il faudrait mettre en œuvre des études longitudinales. Il serait alors possible d'évaluer régulièrement les enfants, de rencontrer ceux qui échappent à notre regard, de suivre le développement de ces enfants après leurs expositions à la maltraitance. Une telle démarche permettrait d'évaluer d'une part l'activation de la résilience, d'autre part, la non résilience, dans une perspective de cycle de vie. La question à laquelle de telles recherches pourraient répondre est celle de la pérennité ou non de ce processus. La mise en œuvre d'un processus d'activation de la résilience est-elle une garantie de protection face à d'autres traumatismes ?

La résilience est sans doute encore en cours de développement. Les implications et applications qui en découlent au niveau de l'intervention sont encore à construire, à valider et à délimiter. En dépit du fait que le concept de résilience soit à la fois utile et très intéressant, notamment dans le développement positif de l'enfant exposé à la maltraitance, certains sont très perplexes par rapport à son utilité réelle (Tisseron, 2002). Le rejeter complètement pourrait mener au déterminisme, à la résignation, au pessimisme paralysant, voire au fatalisme. Que l'on soit

¹⁶ Husain, O. (1991). « Sélections de l'échantillon en recherche projective », *Bulletin de psychologie*, tome XLIV, n° 402, p. 465-468.

pour ou contre, le mot « résilience » est d'abord ambigu, car il masque le caractère toujours extrêmement fragile des défenses développées pour faire face aux traumatismes.

La résilience n'est jamais, complètement solide (Terrisse et Larose, 2001). C'est un processus non-linéaire, avec des hauts et des bas. On peut être résilient par rapport à une situation, un contexte, mais jamais pour toujours. Résilient un jour, ne signifie pas résilient pour toujours. La résilience n'est pas acquise une fois pour toutes, mais en constant développement. Ainsi, un sujet réputé résilient peut rencontrer des ruptures ou failles de résilience lors d'une accumulation de stress ou de traumatismes (Anaut, 2002). Par ailleurs, le processus de résilience souvent évoqué chez les enfants ou à partir de l'enfance semble pouvoir apparaître à différentes étapes de la vie. Ainsi, on observe l'émergence du processus résilient à tout âge (y compris dans la vieillesse (Anaut, 2002).

Si l'adversité revient en force, la vulnérabilité et les risque de resombrer reviendront également. Le parcours résilient n'est pas synonyme de puissance ou d'invulnérabilité (Cyrułnik, 2000; Gilligan, 2008). Assurer que tout un chacun s'en sortira sans problème considérant ce qu'il a déjà vécu serait également un manque de nuances. Rien ne garantit qu'on se relèvera ou non. Et si on ne se relève pas, cela ne constitue pas un trait de caractère se référant à de la faiblesse ou de la lâcheté (Tisseron, 2002). D'où la nécessité de développer des méthodes d'intervention qui permettront de soutenir l'humain face aux épreuves rencontrées.

Pour certaines personnes, c'est impossible d'envisager une portée positive de l'épreuve car cela en revient à dire qu'on peut « se tirer d'affaire ». Or le problème réside dans le fait qu'on a pourtant toujours tendance à la considérer comme un fait acquis, ou à acquérir (Cyrułnik, 2000; Gilligan, 2008). La résilience recouvre des processus d'aménagement des traumatismes qui profitent à la fois à l'individu qui les pratique et à ses proches, et d'autres par lesquels l'ancienne victime d'un traumatisme « rebondit » aux dépens de ceux qui l'entourent (Cyrułnik, 2000). Le développement positif nécessite un bon degré d'efforts personnel. Certains facteurs relèvent de soi-même (et seulement de soi).

La résilience n'est pas une panacée. Elle aide, particulièrement dans l'adversité, quand les choses vont mal. Mais quand tout va bien, il est probable que l'enfant maltraité ne saura peut-être pas en profiter. Dans l'adversité, l'enfant réputé résilient s'en tire parfois mieux. Mais quand les choses vont bien, l'enfant non maltraité s'en tire souvent mieux (Tisseron, 2002;

Gilligan, 2008). On peut cependant se demander si les formes de résilience ancrées dans l'adversité relèvent du processus de résilience ou bien s'il s'agit de pseudo-résilience ?

L'utilisation du concept de résilience doit faire preuve de prudence et de nuances puisque chaque individu étant fondamentalement différent, il en va de même par rapport aux réactions face aux épreuves rencontrées. Il s'agit d'un processus dont les responsabilités sont partagées individuellement et collectivement. Notons également que la résilience ne consiste pas à nier la détresse. Au contraire, il s'agit d'un long processus de reconstruction de soi qui implique à la fois le plus beau et le plus sombre de soi: rebondir implique nécessairement de toucher le sol.

Nous rejoignons de nombreux auteurs, dont Anaut (2002) pour laquelle, si l'on considère que la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les possibilités de nouer des liens, cela lui confère un caractère variable selon les individus et chez un même individu, dans le cours de son développement. Nous ne pouvons donc pas négliger les possibilités de changement, notamment lors des périodes de crise, comme par exemple l'adolescence avec les remaniements psychiques et physiques qu'elle entraîne, mais aussi plus tard à l'âge adulte (accès à la parentalité, chômage, retraite, etc.).

Enfin, par ce qu'interactif et relationnel, le processus d'activation de la résilience ne peut être inférée que du seul point de vue des intervenants. Il faudra suivre, par observation directe, les interactions enfants-tuteurs pour parachever notre travail de reconstruction de ce processus. De plus, nous n'avons pu étudier les différences de stratégies d'activation de la résilience à l'échelle individuelle. Nous nous sommes contentés de décrire globalement ledit processus. Cependant, nous sommes convaincus qu'il existe de nombreux attributs individuels qui conditionnent la mise en œuvre de l'activation, et qui demeurent à mieux comprendre.

Quelques questions qui découlent de cette étude

La science poursuit l'objectif de s'acheminer vers le but infini de découvrir des problèmes nouveaux, plus profonds, de proposer des réponses et de soulever des questions

nouvelles voire affinées Popper (1998). Dans cet ordre d'idées, nous sommes conscients que plusieurs questions découlent de cette thèse :

Au-delà des professionnelles eux-mêmes, quels sont les modes de gestion qui peuvent dans les environnements de travail permettre la résilience activée ?

Que savons-nous sur l'influence du placement sur le bien-être et le développement des enfants en milieu substitut ?

Étant donné que le soutien socioaffectif est insuffisant et que la présence d'un rapport de confiance avec l'entourage est nécessaire pour activer le processus de résilience. Comment cela varie-t-il en fonction des étapes de développement des enfants servis, de la sévérité et de la durée de la maltraitance subie, ainsi que de leurs trajectoires de placement?

Nous reconnaissons l'ensemble de ces questions fait partie des limites de notre études. Par exemple, la dimension environnementale n'a pas été pris en compte. Nous allons en tenir compte, avec d'autres chercheurs dans d'autres opérations de recherche, dans notre programmation de recherche future.

Pour ce qui est de l'influence du placement, au chapitre I, il est question entre autres des difficultés auxquelles sont confrontés les enfants au moment d'être placés. Les défis qu'ils rencontrent peuvent provenir aussi bien de l'expérience de placement que des suites des raisons initiales ayant motivé leur retrait du milieu familial. Avant d'être placé, l'enfant vit souvent dans un environnement familial propice au développement de troubles intériorisés (Goodman et al., 2004 ; Ford et al., 2007). L'influence du placement sur le bien-être et le développement des enfants en milieu substitut devrait définitivement faire l'objet d'études futures. Nous reconnaissons qu'il existe cette dimension-là, nous reconnaissons aussi que c'est une limite de notre étude. Idem pour la façon dont l'implication du soutien socioaffectif de l'enfant varie en fonction des étapes de développement des enfants. Nous allons en tenir compte dans d'autres opérations de recherche futures.

7.5. Perspectives de recherche

Dans le futur, les chercheurs et praticiens qui travailleront sur ce concept semblent s'intéresser à la manière dont elle se construit. D'après les travaux recensés, les interactions précoces parleront beaucoup plus, tandis que les institutions familiales et sociales tiendront l'essentiel du discours. La génétique, les neurosciences auront également leurs mots à dire. Les recherches sur la résilience bénéficieront énormément de l'épigénétique, cette composante de la biologie, qui étudie les relations de cause à effet entre les gènes et l'environnement socioaffectif. Deux études parues dans la revue *Nature Neuroscience*¹⁷, et qui représentent les assises scientifiques de la résilience, selon la communauté scientifique, prouvent de façon spectaculaire que non seulement l'environnement socioaffectif a une influence sur la santé mentale et physique, il peut modifier le fonctionnement des gènes dont on hérite à la naissance. Chez l'humain comme chez le rat, et la chèvre, les gènes ont été scrutés à la loupe dans les laboratoires du monde entier. On commence tranquillement à percer le mystère de ces fragments d'ADN qui tricotent les organismes vivants, pour découvrir de plus en plus que l'essentiel se trouve peut-être au-delà de la génétique. L'essentiel se trouve peut-être dans l'épigénétique, l'interaction entre le milieu social et les gènes. Le léchage remplit chez le rat la même fonction que la caresse chez l'humain. En effet, les bébés rats que leur maman lèche souvent, sont plus calmes que les rats mal léchés. Mais Meaney¹⁸ et son équipe sont allés beaucoup plus loin. Ils ont traqué l'empreinte des soins maternels jusque dans le cerveau des jeunes rats. C'est que le léchage influence l'activité d'un gène qui prémunit les rats contre le stress. Ce gène, NRC31, produit une protéine qui contribue à diminuer la concentration d'hormones de stress dans l'organisme.

Afin de mesurer plus efficacement l'effet épigénétique sur le cerveau humain, les chercheurs de l'Institut Douglas¹⁹ ont complété leur étude, en utilisant sur les cerveaux de personnes décédées. Ils ont ciblé le même gène que chez le rat, pour démontrer que la qualité

¹⁷ Steven E Hyman. 2009. «How adversity gets under the skin», *nature neuroscience*, volume 12, no 3, Mars 2009.

Gustavo Turecki & Michael J Meaney. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *nature neuroscience*, volume 12, no 3, Mars 2009

¹⁸ *Ibid*, 34

¹⁹ *Ibid*, 34

des interactions familiales modifie bel et bien son activité. Trente-six cerveaux leur ont permis d'arriver à ces conclusions: 12 provenant de victimes de suicide qui avaient subi des maltraitances dans leur enfance, 12 autres de victimes de suicide qui n'avaient pas subi de sévices particuliers, et 12 cerveaux témoins. C'était pratiquement écrit dans ces cerveaux: les mauvais traitements entraînent des modifications épigénétique qui, à leur tour, altèrent le fonctionnement du gène NR3C1. Comme chez le rat, les glandes qui sécrètent les hormones de stress sont en état d'alerte perpétuel. Cela rend les individus maltraités particulièrement susceptibles à l'anxiété, à la dépression et, éventuellement, au suicide.

Ce que cela veut dire pour les recherches futures dans le domaine de la résilience, l'impact des interactions d'un enfant avec son environnement socioaffectif (parents, fratrie, amis, professeurs etc.) est beaucoup plus important dans la façon dont ces enfants vont être équipés pour faire face à l'adversité. Cette avancée est extrêmement importante pour les sciences humaines, et particulièrement pour le travail social, car elle démontre qu'un changement d'environnement socioaffectif ou d'interaction familiale peut donner des résultats intéressants. Le petit d'une rate peu affectueuse, si on le confie aux bons soins d'une mère adoptive qui le lèche beaucoup, finit par se développer normalement. Comme quoi le destin d'un petit rat ou d'un petit humain n'est jamais scellé dans son ADN.

CONCLUSION

L'accompagnement au quotidien des tuteurs de résilience doit chercher à soutenir le besoin de l'enfant placé de mettre du sens sur son vécu. Le délicat positionnement de l'adulte ne consiste pas à lui servir une histoire toute faite, mais de sortir de sa toute-puissance vis-à-vis de l'enfant pour qu'il puisse être sujet de son histoire de vie.

C'est parce qu'il pourra élaborer psychiquement les différents événements de sa vie, ainsi que les différentes séparations auxquelles il a été particulièrement confronté, que l'enfant pourra éprouver une continuité psychique. Cela se rapporte à la notion de liens. Nous l'avons vu, le lien n'est pas réductible à la relation, il se situe d'abord à un niveau psychique. Le lien est entretenu au niveau symbolique, par un certain nombre de traces : photos, objets, souvenirs, dates anniversaire, filiation, etc. La reconstruction de son histoire personnelle, pour l'enfant placé, passe entre autres par le souci d'entretenir ces liens (avec sa famille d'origine ou avec les personnes qui ont compté dans son histoire).

La plasticité cérébrale est une des forces majeures de notre cerveau. Beaucoup plus importante chez l'enfant, notre cerveau est capable de se modifier aux grés des interactions avec l'environnement pour faciliter les apprentissages. Les êtres humains, particulièrement les enfants sont fondamentalement sociaux. La nature empathique et sociale du cerveau joue un rôle essentiel dans l'adaptation aux situations d'adversité, dans la survie, le bien être physiologique qui ne sont possibles que par nos relations et nos interactions aux autres.

L'enfant placé fait l'expérience d'appartenances multiples. Nous avons entendu dans les entretiens réalisés : « J'ai deux familles » ou « C'est ma deuxième maman ». C'est ce que certains intervenants nomment la pluriparentalité. Dans ce cas, les modèles d'identification, en tant que figures parentales, sont multiples. Concrètement, il ressort de notre étude que c'est le partage du quotidien qui crée la relation. C'est au travers de ce vécu partagé que les personnes rencontrées ont pu acquérir des bases suffisamment solides pour se construire en tant qu'individus autonomes. La stabilité de l'accueil et de la relation, lorsque l'enfant évolue de façon positive dans son lieu d'accueil, est semble-t-il un critère important pour son bien-être.

Ne pas prendre en compte l'évolution de l'enfant dans son lieu de placement ni l'attachement qui le lie à des personnes qu'il a investies est une maltraitance supplémentaire qui lui est faite.

Nous sommes convaincus de la nécessité de tenir compte de l'intérêt de l'enfant et de lui conférer une place de sujet, dans une situation de placement qui lui est imposée au titre de la protection de l'enfance. Nous voyons trop fréquemment, dans notre quotidien professionnel, des enfants ou adolescents qui multiplient les lieux d'accueil ou les allers-retours en famille, sans qu'ils aient la possibilité de donner du sens à leurs déplacements.

Par leur capacité à activer la résilience, les tuteurs apportent une aide à la fois thérapeutique et préventive, permettant aux enfants de ne pas sombrer, de tenir le coup, de continuer à avancer, parfois de retrouver l'espoir, le sens ou le goût de vivre. Par ce type d'aide, ils travaillent sur du long terme, parfois même de façon intergénérationnelle.

Cette étude apporte une contribution empirique aux écrits scientifiques sur l'élaboration de pratiques d'intervention fondée sur l'activation de la résilience. Elle montre que si la résilience est avant tout l'affaire du sujet, ce dernier peut être positivement soutenu par des tuteurs aptes à créer des conditions favorables à l'activation de ces processus en partie intrinsèques au sujet. Le rôle de tuteur, pour véritablement avoir de l'effet sur la résilience, doit se déployer en appui sur une posture humaniste déjà bien connue des intervenants. Cette posture humaniste est souvent mise à mal par des environnements pressurant, fragmentant le travail et peu aptes à rendre compte de la complexité de ce qui se joue dans l'intervention. Ainsi, si l'activation de la résilience est l'affaire d'attitudes positives, derrière ces attitudes se trouvent une philosophie de soin, des conditions du travail, et une volonté d'intervenir là où ça compte.

Les savoirs essentiels au cœur de l'activation de la résilience sont :

- Savoir maintenir une ouverture d'esprit à l'égard du potentiel de l'enfant;
- Savoir afficher et entretenir une présence empathique;
- Savoir démontrer une volonté manifeste de mobiliser les ressources de l'enfant;
- Savoir adopter une attitude positive et optimiste.

Le processus de résilience se met véritablement en branle lorsque l'enfant, lui-même, mais à la faveur du contact avec un tuteur de résilience, parvient à :

- Saisir le présent;

- Vaincre sa peur;
- S'approprier son sentiment d'existence;
- Trouver sa place au sein de la société.

Puisque le processus d'activation de la résilience semble porteur de changements positifs, il importe d'avoir des tuteurs se constituant eux-mêmes en conditions favorables à la résilience. Ces tuteurs ne sont pas que des professionnels, la plupart se retrouvant en effet dans l'environnement social. L'intervention visant l'activation du processus de résilience cherchera donc à identifier puis à soutenir les tuteurs naturellement présents dans l'environnement de l'enfant.

Dans une perspective de soins aux enfants maltraités, à part le renforcement des relations familiales et la qualité des solutions de substitution, il est donc tout aussi important de renforcer les réseaux de l'enfant dans les communautés ; ceci peut aider à maintenir les gains provenant des interventions externes (Cyrulnik, 1999; Drapeau *et al.*, 2004; Vanistendael et Lecompte, 2000). Il est prouvé que les groupes de soutien constituent des moyens puissants et constructifs d'entraide. Il a aussi été démontré que les groupes contribuent à l'obtention de résultats positifs pour leurs participants. Il semble que la tendance des individus à se réunir et à former de tels groupes soit en augmentation.

Retombées, implications pour la pratique professionnelle

Les pratiques professionnelles en psychologie positive, travail social, psychoéducation, neurosciences, sont tout à fait cohérentes avec la description du processus d'activation de la résilience, surtout en ce qui concerne son élaboration et son usage par les équipes de protection de l'enfance. Les résultats obtenus suite à la présente étude adhèrent aux changements de paradigme de l'intervention auprès des enfants maltraités, s'éloignant du modèle médical centré sur le symptôme ou la pathologie pour s'orienter vers la personne dans son individualité avec ses forces et ses ressources. En considérant les paramètres activationnels de la résilience des enfants à la fois en butte à la maltraitance et, sous l'angle et du modèle théorique proposé dans cette thèse, ses forces et ses ressources pourront être reconnues et utilisées comme appui à

l'intervention. Le but du processus de résilience ne sera donc plus de « réparer » des déficits, mais de favoriser l'apprentissage de comportements résilients et de participer à la reconstruction identitaire. Implicitement, cette approche contribue également au développement d'un sentiment de cohérence et d'un sens à sa vie chez l'enfant maltraité.

Une très large part des écrits scientifiques s'est intéressée aux causes, aux facteurs de risque et de maintien des maladies et des psychopathologies. Aujourd'hui, en considérant les facteurs de protection et les facteurs déterminants de la santé physique et sociale sous l'angle du processus d'activation de la résilience, les évaluations et les interventions professionnelles se modifieront également.

De plan d'intervention en plan d'intervention, le tuteur sera d'autant mieux préparé et l'enfant vivra une intégration psycho-sociale plus facile. L'ensemble de ces constats nous amène finalement vers l'importance du concept de la résilience activée. En effet, étant une approche clinique maïeutique misant sur les forces et ressources de la personne afin de les mettre en évidence et de développer les potentialités des personnes à risque de mésadaptation psychosociale, la résilience activée est orientée vers la prévention primaire (interventions préventives), secondaire (dépistage des personnes à risque) et tertiaire (interventions visant l'évitement de l'aggravation ou de la réapparition des pathologies) (Louis, 2017).

La prise de plusieurs mesures consécutives chez l'enfant permettrait d'observer son évolution au fil du temps et d'orienter les interventions en utilisant les forces comme appui et en renforçant certains facteurs déterminants. Utilisé à grande échelle, le modèle d'activation peut produire le profil évolutif de l'ensemble des enfants maltraités et les périodes critiques pourront être mieux identifiées. Toutefois, pour parvenir à développer une approche orientée vers la résilience assistée, certains préalables sont nécessaires. Les intervenants doivent être en mesure de développer des relations de confiance avec les enfants et leur famille. En effet, les travailleurs sociaux ont la responsabilité d'offrir des opportunités permettant le développement d'une relation de confiance avec l'enfant et sa famille, de devenir un tuteur de résilience pour celui-ci, de lui montrer la voie à suivre, d'accueillir ses difficultés de gestion émotionnelle et de l'aider à se contrôler. En même temps, ce rôle exige de l'intervenant une confiance en soi bien établie et des habiletés sociales empreintes d'empathie. L'intervenant a également comme mission

d'identifier les relations sécuritaires, positives et stables autour de l'enfant maltraité et d'utiliser ces ressources dans le processus d'activation de la résilience.

Par contre, cela nécessite une approche qui soit explicitement prônée et soutenue par les politiques et les procédures de l'organisation. Ainsi, la continuité des liens relationnels entre intervenants et enfants sont encouragés au détriment des changements d'intervenants durant leurs implications. En adoptant des façons de faire centrées sur les besoins de la personne, ses forces et ses ressources, le pronostic se modulera également par la documentation rigoureuse de résilience. En effet, les intervenants considéreront désormais également les ressources de l'enfant dans l'évaluation de la situation clinique. De plus, l'importance de l'expérimentation des capacités et limites permettront à l'enfant confronté à la maltraitance d'orienter lui-même sa projection de soi et la rendra ensuite en mesure d'accueillir plus sereinement l'évaluation des intervenants.

Sur le plan de l'intervention, le concept de résilience activée permettra aux intervenants de mieux intégrer les facteurs favorisant la résilience des enfants placés. Ainsi, les résultats de cette thèse contribueront à développer une vision synthétique des déterminants de la résilience chez les cliniciens, conjointement aux facteurs de risque, lesquels sont largement connus par les acteurs et déterminent trop souvent et trop exclusivement les objectifs des plans d'interventions individualisés. En changeant le regard de l'intervenant, la relation à l'enfant maltraité se modifiera également et contribuera du même coup au développement d'une identité personnelle et sociale positive chez ce dernier, d'ailleurs proposé par Dumaret (2011). Selon l'effet Pygmalion (ou effet Rosenthal et Jacobson), la perception qu'a une personne (A) d'une autre (B) influencera le comportement de celle-ci (B) pour répondre (inconsciemment) aux attentes de l'autre (A) (Rosenthal & Jacobson, 1968; Vallerand, 1994). Ainsi, si l'intervenant ne perçoit que les incapacités, limites et déficits de l'enfant, celui-ci en viendra à se considérer comme un individu sans potentialités (effet Pygmalion négatif). À l'inverse, si l'intervenant perçoit les capacités et les forces de l'enfant, ce dernier tendra à les considérer et à les intégrer à la reconstruction de son identité personnelle et sociale (effet Pygmalion positif).

Sur le plan scientifique, l'activation de la résilience peut avoir des retombées majeures pour la recherche sur la résilience et l'adaptation psychosociale des jeunes délinquants, en psychoéducation ou dans la psychologie du sport. À titre d'exemple, si ce processus d'activation

était appliqué sur un plus grand échantillon jusqu'à quelques années après la fin des services, le profil évolutif pourrait être tracé et on pourrait mieux comprendre les différences entre les personnes. D'autres études pourraient confirmer cette piste en s'intéressant aux premières années suivant la survenue des maltraitances. Cela permettrait de valider ou bonifier le concept proposé.

Posture du travailleur social dans un contexte d'intervention visant l'activation de la résilience

Cette section s'attarde sur les interventions psycho-sociales dans une perspective d'activation de la résilience, spécifiques à la pratique du travail social. Nous proposons d'abord, la posture que devrait adopter le praticien afin d'activer la résilience en contexte d'intervention.

Tel que mentionné précédemment, l'activation de la résilience oblige un changement de regard qui amène l'intervenant à se centrer sur les ressources, sur les compétences, et à penser que certains symptômes sont le résultat d'un blocage de ses compétences. L'effort d'intervention peut viser alors, non pas la réparation utopique des blessures et traumatismes subies, mais bien davantage la remise en jeu des capacités du sujet, l'accroissement de ses ressources personnelles. Plus encore, avec la résilience soutenue, l'accent est mis sur l'importance du lien, car pour que quelqu'un qui a subi une expérience dévastatrice puisse reprendre le cours évolutif normal de son existence, il faut une ou des mains tendues. Cela concerne les qualités d'empathie du praticien, mais aussi l'environnement du sujet. Ce lien lui permet de se réapproprier sa propre histoire, sa propre vie, grâce à la réutilisation interne des apports extérieurs, mobilisation rendue possible par la qualité de ces apports (Cyrulnik, 2000). Il faut donc adopter une posture d'ouverture d'esprit.

Lorsque les capacités de mise à distance et de représentation que peut développer l'enfant peuvent être soutenus par les capacités de l'environnement à écouter, croire, imaginer, se représenter, encourager sans être lui-même débordé ou sidéré par ce qu'il entend et imagine, alors la résilience peut se développer (Delage, 2004).

Parfois, les risques particuliers peuvent être relativement spécifiques, et potentiellement puissants à des environnements individuels, et il faut donc accorder une attention particulière

aux risques qui sont particuliers au contexte, par exemple, à l'exposition à la violence communautaire à l'intérieur des villes, et aux expériences de discrimination chez les jeunes appartenant à des minorités ethniques. En plus d'assurer de solides relations avec au moins un donneur de soins, les interventions doivent aussi prendre en compte ces risques uniques (Tisseron, 2008).

Nous croyons fermement, à l'instar de Suard, (2007), que le défi pour les travailleuses et travailleurs sociaux est d'éviter de tomber dans une posture de moralisateur, de donneur de leçons et de prescripteur de recettes. Une telle posture ne devrait jamais être proposée aux enfants, d'une manière directive. Ce qui rend les gens résilients est trop subtile, trop divers et trop complexe pour être soumis à une telle posture. Il n'y a pas une recette de la résilience, mais des conditions d'activation, fort probablement aussi nombreuses que les êtres humains. La travailleuse et le travailleur social aide les individus, les familles, à tenter de trouver la proportion idéale d'ingrédients entre ces différentes recettes, ces diverses conditions, pour concocter leur propre résilience. Cela demande une grande ouverture d'esprit et beaucoup de créativité.

Si ces précautions sont respectées, les pistes d'intervention que nous allons explorer constituent de bons repères pour aider à progresser vers le processus d'activation de la résilience. Nous allons les présenter selon les grandes étapes de l'intervention psycho-sociale.

La première étape, soit celle de l'élaboration des objectifs d'intervention, vise à cerner les difficultés. Dans cette étape, l'intervenant encourage la personne à exprimer ses besoins, ses émotions, ses sentiments, ses souffrances face aux difficultés rencontrées. L'intervenant doit donc également encourager le parent et l'enfant à s'exprimer sur ce qu'ils ont vécu ou ce qu'ils vivent présentement et doit s'attarder à leurs désirs et attentes face à la situation. Le client occupe alors un rôle central dans cette étape d'intervention, notamment en ce qui a trait à la prise en compte des besoins et des attentes de celui-ci par rapport à sa situation. Dans cette première étape, l'activation du processus de résilience consiste à cerner les difficultés et à intégrer les expériences passées dans la vie présente (Luthar et Cicchetti, 2000; Manciaux, 2000). L'enfant doit pouvoir exprimer ses souffrances, exprimer ses peines, sa colère et les frustrations vécues quant à sa situation. Cette étape permet à l'individu de reconnaître ses expériences et de mettre

des mots sur les émotions vécues (Luthar, 2000). L'intervenant peut à cette étape aider l'enfant à s'exprimer dans ce sens, si cela lui est plus difficile. Identifier les problèmes ne se fait pas dans une perspective fataliste, mais est plutôt vu dans le sens où le passé de la personne fait partie de son histoire personnelle, et qu'elle ne peut l'effacer, car les cicatrices demeurent. Par contre, comme le disent si bien Vanistendael et Lecompte : « L'avenir n'est pas enfermé par le passé, mais se construit dans un présent qui émerge du passé. » (2000, p. 188). C'est le vécu de la personne qui fait ce qu'elle est devenue, mais il ne détermine pas l'avenir. Ainsi, une fois que l'enfant aura exprimé ses souffrances et ses difficultés, l'accent sera porté sur son potentiel et sur l'identification de ses forces et compétences pour les surmonter.

Une fois leurs difficultés exprimées, l'accent est ensuite mis sur l'identification des forces, des compétences et du potentiel de l'enfant pour les surmonter, ce qui constitue la deuxième étape de l'intervention. L'intervenant doit donc chercher à découvrir et à faire ressortir les forces, les atouts, les intérêts, les talents que le parent ou l'enfant possèdent et qui leur permettent de surmonter ces difficultés.

La deuxième étape, soit celle qui consiste à identifier les forces, est cruciale dans l'optique de l'activation de la résilience. D'ailleurs, ce principe rejoint, entre autres, ceux de l'approche centrée sur les forces de Saleebey (2009). En effet, cette approche est un modèle pratique qui, plutôt que de mettre l'accent sur les problèmes, se concentre sur les forces et le potentiel des personnes. Dans cette même optique, l'activation de la résilience comme objectif demande à l'intervenant de découvrir le potentiel de l'enfant en face de lui, plutôt que de réduire celui-ci à son problème (Vanistendael et Lecompte, 2000). Ces enfants ont beaucoup à nous apprendre sur les forces qui leur permettent de survivre et de s'adapter (Masten *et al.*, 1993; Anaut, 2002; Cyrulnik, 1999; Delage, 2004). L'intervenant doit donc aider l'enfant à découvrir et à faire ressortir des compétences, des talents, des intérêts particuliers, des qualités, des atouts qu'il possède et qui lui permettent de surmonter l'adversité (Drapeau *et al.*, 2004; Gilligan, 2008; Masten, 2001; Turner, 2001). Gilligan (2008) rapporte que les activités culturelles, la participation à des activités sportives et même la responsabilité d'un animal domestique sont des exemples d'activités pouvant augmenter le potentiel des jeunes, rehausser l'estime de soi, amener une bonne santé mentale et créer une ouverture à de nouvelles relations, et donc, par le fait même, favoriser la résilience. Cette étape vise donc à mettre en lumière les stratégies employées et les forces présentes, pour faire face aux différents événements et, à les renforcer

(Anaut, 2002; Cyrulnik, 2000; Delage, 2004; de Tychey, 2001; Garnezy, 1991; Guedeney, 2000; Luthar, 2000; Manciaux, 2001; Rutter, 1999; Werner, 1993;). En identifiant les forces et les compétences, on identifie par le fait même les différents facteurs de résilience présents chez l'enfant et dans son environnement. Il s'agira par la suite de mettre ces facteurs en branle par la création de liens avec les ressources de l'enfant.

La troisième étape vise quant à elle à établir des liens entre les forces et compétences de l'environnement et de l'enfant avec les ressources formelles, comme le milieu scolaire ou communautaire, et informelles, comme le réseau familial et social, disponibles dans leur environnement. Pour les enfants ayant des vulnérabilités biologiques, comme une réactivité très élevée au stress ou une intelligence inférieure à la moyenne, le soutien de l'environnement est extrêmement important. Il est évidemment difficile de modifier le tempérament d'un enfant. Ce que l'on peut faire cependant, c'est s'assurer que les parents (biologiques, adoptifs, ou d'accueils) ont assez de ressources pour continuer à être chaleureux et constants, ce dont les enfants au tempérament plus difficile ont grandement besoin. Il doit y avoir des efforts concertés visant à favoriser les soins optimaux chez les parents de jeunes enfants, afin d'intervenir le plus tôt possible et de continuer le plus longtemps possible avec cohérence. C'est par ces liens faits entre les différents facteurs de résilience identifiés et les ressources présentes chez l'enfant et dans son environnement que se mettent en branle le processus d'activation de la résilience. La résilience incite non seulement à considérer la personne, mais aussi son réseau de relations sociales, que ce soit sa famille, ses amis, ses voisins, ses camarades de classe ou ses collègues de travail (Saleebey, 2009; Vanistendael et Lecompte, 2000; Cyrulnik, 2000; Terrisse *et al.*, 2001; Delage, 2004; Tousignant, 1999; Werner, 1993). L'intervenant doit arriver à identifier avec le client les ressources formelles, comme la communauté, et informelles, comme les proches de la personne, présentes dans l'environnement de celle-ci. Turner (2001) rapporte, par exemple, qu'après avoir réalisé qu'elle était habile de ses mains et capable de travailler le bois, une cliente a finalement décidé de démarrer sa propre entreprise. Ainsi, par la mise en valeur de son talent et le sentiment d'efficacité personnelle qui en a résulté, la cliente est devenue plus confiante dans sa capacité à affronter de nouveaux défis et s'est ouverte à de nouvelles opportunités telles que le démarrage de sa propre entreprise.

Parfois, notamment dans le cas de maltraitance ou de négligence familiale, la collaboration de la famille n'est pas toujours possible, le soutien peut alors venir de l'extérieur

de la famille, comme du milieu scolaire ou du milieu communautaire (Anaut, 2002; Cyrulnik, 2000; Delage, 2004; de Tychey, 2001; Garmezy, 1991; Guedeney, 2000; Luthar, 2000; Manciaux, 2001; Rutter, 1999; Werner, 1993). Aussi, comme le rapporte Gilligan (2008), certaines personnes vont parfois jouer un rôle important tout au long de la vie de l'enfant, tandis que d'autres vont jouer un rôle ponctuel mais qui peut influencer toute une vie. Chaque personne est donc importante et on ne peut soupçonner quelle influence elle aura dans la vie d'un enfant maltraité. Enfin, selon Vanistendael et Lecompte (2000), cette dernière notion vaut aussi pour l'intervenant qui intervient auprès d'une personne en difficulté et qui viendrait à considérer son intervention comme un échec. « L'échec n'annule pas le sens » (Manciaux, 2001; Vanistendael, 2000), ce qui ne donne pas de résultats à court terme peut donner des résultats à long terme. L'intervenant doit donc accompagner son client dans le processus de la résilience et adapter son action à la personne. Le chemin vers la résilience se fait en marchant. Une relation thérapeutique empreinte d'une collaboration, de confiance ainsi que la croyance dans la capacité des individus à identifier leurs besoins, leurs forces et leurs ressources est donc primordiale (Cyrulnik, 1999; Drapeau *et al.*, 2004; Saleebey, 2009; Vanistendael et Lecompte 2000).

Les ressources nécessaires pour prendre efficacement soin des enfants ne sont pas uniquement financières. L'argent est indispensable pour fournir la nourriture, le logement, l'éducation et certains soins de santé. Mais les ressources psycho-sociales sont d'une extrême importance dans la perspective de l'activation, car elles agissent sur les conditions favorables à son émergence. La résilience n'est pas une substance. C'est pourquoi, elle revêt d'un caractère adaptatif et évolutif, à la faveur d'interactions avec des tuteurs de résilience dont l'intervention s'appuiera sur des stratégies qui misent sur ce phénomène extraordinaire qu'est la résilience. Le concept de résilience, qui n'a rien à voir avec l'invulnérabilité, appartient à la famille des mécanismes de défense et d'adaptation, mais il est plus conscient et plus évolutif que ces derniers, et donc maîtrisable par des intervenants conscients de sa puissance.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de la santé publique du Canada (2010). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2008 : Données principales. Ottawa, Canada, 2010.

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S, (1978). *Patterns of Attachments: A Psychological Study of the Strange Situation*, Lawrence Erlbaum. Oxford, England.

Anaut, M. (2006). « L'école peut-elle être facteur de résilience ». *Empan*, vol. 3, no 63, p. 30-39.

Anaut, M. (2002). « Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance ». *Connexions*, vol. 1, no 77, p. 101-118.

Argyris, C., et Schön, D. (1999). *Théorie et pratique professionnelle : comment en accroître l'efficacité*. Québec : Éditions Logiques.

Bachelard, G. (1975), *La formation de l'esprit scientifique*, Paris : Vrin.

Bachelard, G. (2004). *La formation de l'esprit scientifique*, Paris : Éditions Vrin, Collection Bibliothèque d'histoire de la philosophie, (Première édition : 1938).

Badgley, R. *et al.* (1984). *Infractions sexuelles à l'égard des enfants au Canada*. Ottawa (Ontario), Approvisionnement et Services Canada.

Bagley, C. (2012). « Child abuse and neglect: Basic dilemmas of theory, research and practice » In *Child Welfare and Child Abuse: International Perspectives*. Aldershot (UK) : Gower.

Badgley, R. (1984). *Infractions sexuelles à l'égard des enfants : Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes*. Ottawa : Ministère des approvisionnements et services, 1055 p.

Bailly, L. (2006). « Résilience et Psychanalyse », in Cyrulnik, B et Duval. Ph, *Psychanalyse et Résilience*, Paris, Odile Jacob.

Bala, N. *et al.* (2004). « *Canadian Child Welfare Law: children, families and the state* », Toronto, Thompson Educational Publishing Inc. p. 2-4.

Barber, J. G., Delfabbro, P. H., & Cooper, L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 42 no 6, p. 785–790.

Barbier, J.-M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : Presses universitaires de France.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris, Les Presses universitaires de France.

Bay Consulting Group. (2010). A Description of the Child Welfare System Landscape in Ontario, October, p. 24.

Belsky, J. (1993). « Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis », *Psychological Bulletin*, 114 (3): 413-434.

Berger, M. (2008). *Voulons-nous des enfants barbares ?* Paris, éditions Dunod.

Berridge, D. (2007). Theory and explanation in child welfare: education and looked-after children. *Child & Family Social Work*, 12, 1-10.

Berry, M. (1996). Savoirs théoriques et gestion. Dans J.-M. Barbier (dir.). *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 43-56). Paris : Presses universitaires de France.

Bonanno, G. (2004). « Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? ». *American Psychologist*, vol. 59, p. 20–28.

Bouchard, J.-M., Pelchat, D., & Boudreault, P. (1996). Les relations parents et intervenants : Perspectives théoriques. *Apprentissage et socialisation*, 17(1-2), 21-34.

Boukhari, S., Cyrulnik, B. (2001). *Il y a une vie après l'horreur*. *Le Courrier de l'Unesco* 54^{ième} année, p. 47-51,

Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Droz.

Boreham, N. (2002). *Work Process Knowledge*. Londres: Routledge Research.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression*, Basic Books, New York.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. L'attachement*. Le fil rouge. Paris : Presses Universitaires de France.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation Anxiety and Anger*, Basic Books, New York.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, Basic Books, New York.

Benner, P. (1982). Skilled clinical knowledge: The value of perceptual awareness. Part 1-2. *Journal of Nursing Administration*, 12(5), (6),

Chauchat, H. (1985). *L'enquête en psychosociologie*, Paris, PUF, 253p.

Child Welfare Information Gateway. (2013). Child abuse and neglect fatalities: Statistics and interventions. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's-Bureau. <https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/fatality.pdf> [En ligne]. (Page consultée le 15 Septembre 2015).

Christianson-Wood, J. et Lothian Murray, J. (2003). *Les enquêtes sur les décès d'enfants et la collecte de données sur la mortalité juvénile au Canada*. Agence de santé publique du Canada, 64p., [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/publicat/cdr_f.html (Page consultée le 22 Août 2015).

Cislaru, G., Pugnière-Saavedra, F., Sitri, F. (2008). *Analyse de discours et demande sociale : le cas des écrits de signalement*. Paris : Presses Sorbonne Nouvelle.

Clarke, A., Clarke, A. (2000). *Early experience and the Life Path*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Cohen, N. E. (1958). *Social work in the American tradition*. New York: Dryden Press

Cohen, U., Gottlieb, B. (2000). *Social Support: Measurement and Intervention*. New York: Oxford University Press.

Coutanceau, R. (2003). « Résilience et abus sexuels ». In *Vivre devant soi : être résilient, et après ?* sous la dir. de Boris Cyrulnik, p. 61-79. Revigny-sur-Ornain : Édition du journal des psychologues.

Couturier, Y. (2000). L'inflation réflexive dans le courant praxéologique : indice de la reconstruction de l'idéologie professionnaliste. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, no 1, p. 137-152.

Couturier, Y (2001). *Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires*. Thèse non publiée, Université de Montréal, Montréal.

Couturier, Y. (2002). Les réflexivités de l'œuvre théorique de Bourdieu : entre méthode et théorie de la pratique. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 6 (16) [en ligne], récupéré le 12 Avril 2015. Disponible sur web: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/CouturierArt.pdf>

Christian, CW. (2012). La violence à l'égard des enfants : un tour d'horizon. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants ; disponible sur le site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/ChristianFRxp1.pdf>, page consulté le [28 Septembre 2015]

Cramer, B. (2012). *Que deviendront nos bébés ?* Paris, éditions Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2000). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives.

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

Cyrulnik, B. (2009). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (1989). *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette.

Daniel, B.M., Taylor, J. (2006). « Gender and child neglect : theory, research and policy », *Critical Social Policy*, 26, 2, 426-439.

Dardenne, S. (2004). *J'avais 12 ans, j'ai pris mon vélo et je suis partie à l'école ...* Paris : Oh ! Éditions.

Darrault-Harris, I. (1993). *Les aventures du sujet en création, Pour une psychiatrie de l'ellipse*. Paris : PUF.

David, M. (2004). *Le placement familial, De la pratique à la théorie*, Paris : Ed. Dunod.

Davies, D. (2004). *Child Development: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

Dawson, R. (2008). *Sexual Abuse of Children: A Training Program for Front Line Protection Staff and Supervisors of Children's Aid Societies in the Province of Ontario*. Ontario Ministry of Community and Social Services.

Decety, J. (2009). *The Social Neuroscience of Empathy*, Cambridge, The MIT Press.

Desagné, S. (2005). *Récits exemplaires de pratique enseignante. Analyse typologique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

Delage, M. (2004). « Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien ? ». *Thérapie Familiale*, vol. 25, no 3, p. 339-347.

Delay, C., Frauenfelder, A., Shulteis, F. (2007). *Maltraitance, contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris : L'harmattan.

Delage, M. (2001). Traitement familial du traumatisme psychique. *Thérapie familiale*, vol. 21, no 3, p. 273-287.

DeMause, L. (1975). « Our forbears made childhood a nightmare ». *Psychology Today*, 8, p. 85-88.

Dennis, L. (1982). « Emotional Abuse of Children ». Conférence provinciale sur les abus psychologiques (Manitoba)

De Tychey, C. (2001). « Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience ». *Cahier de Psychologie clinique*, vol. 16, no 1, p. 49-68.

Development and psychopathology (1991), Dossier sur la définition de la maltraitance psychologique, “, p. 3-124.

Doidge, N. (2007). *Les étonnant pouvoirs de transformation du cerveau - Guérie grâce à la neuroplasticité*, Belfond.

Dickens, C. (1893). *Olivier Twist*. Paris : Hachette et Cie.

Dortier, JF. (2009). *Les sciences humaines. Panorama des connaissances*. Paris : Éditions Sciences Humaines.

Doucet, M. (2002). « Trajectoires de jeunes abandonnés dans l'enfance : entre récurrence et résilience ». *Prisme*, vol. 38, no 12, p. 66-82,

Drapeau, S., Beaudoin, S., Marcotte, R. (2000). « La résilience des jeunes en contexte de placement : implications pour l'intervention ». *Intervention*, vol. 112, p. 37-43,

Duburcq, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., Falissard, B. (2004). Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Rapport final. Étude pour le ministère de la santé (DGS) et le ministère de la Justice.

Dufour, M., Nadeau, L., Bertrand, K. (2000). « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question ». *Child abuse and neglect*, vol. 24, no 6, p. 781-2000

Dumaret, A. (2011). « Placement dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 59, no 5, p. 289-298.

Dumont, M., Bernard, P. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Ste-Foy : Presse de l'Université du Québec.

Duthie, M. (2000). « Therapeutic approach to reinforce resilience ». *Intervention*, vol. 112, p. 103-105.

Dykes, L. J. (1986). « The whiplash shaken infant syndrome: What has been learned? » *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, no 2, p. 211-221.

Elmer, E. (1966). « Hazards in determining child abuse ». *Child Welfare*, vol. 45, no 1, p. 28-33.

Eraut, M. (1998). *Development of knowledge and skills in employment*. Brighton: Institute of Education, University of Sussex

Falconer, D. P. (1935). Child and youth protection. In F. S. Hall (Ed.), *Social work yearbook* (Vol. 3, pp. 63–66). New York : Russell Sage Foundation.

Fausto-Sterling, A. (2012). *Corps en tout genre*, Éditions La Découverte

Finkelhor, D. (2007). *Les nouveaux mythes dans le domaine des agressions sexuelles des enfants*, Ottawa : Santé et Bien-être social Canada / Centre national d'information sur la violence dans la famille.

Fischer, G-N. (1994). *Le Ressort invisible. Vivre l'extrême*. Paris : Seuil.

Fonagy, P *et al.* (1994). « The theory and practice of resilience ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, no 2, p. 231-257.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry*, vol.190, no 4, p. 319-325.

Fortin, G. (2007). *La maltraitance, une réalité qui bouleverse: des personnalités et des cliniciens prennent la parole*, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine.

Fortin, Julie (2008). *L'ABC des méthodes d'échantillonnage (partie 2)*, réf. du 20 avril 2016. <http://blogue.som.ca/l-abc-des-methodes-d-echantillonnage-partie-2/>

Fortin, L., Bigras, M. (2000). « La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèles théoriques ». *Pratiques psychologiques*, vol. 1, p. 49-63,

Fraser, M. (1997). *Risk and resilience in childhood: an ecological perspective*. Washington: NASW Press,

Fraser, M., *et al.* (1999). « Protection and resilience: toward a conceptual framework for social work practice ». *Social work research*, vol. 23, no 3, p. 131-143,

Freire, P. (1972). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum.

Frith, C. (2010). *Comment le cerveau crée notre univers mental*, Odile Jacob.

Fua, D. (2002). « La résilience, à quel prix ? » *Pratiques psychologiques*, vol. 1, p. 75-83.

Garbarino, J. (1978). « The Elusive Crime of Emotional Abuse ». *Child Abuse and Neglect*, 2, p. 89-99.

Garbarino, J. (1986). *The Psychologically Battered Child*. San Francisco: Jossey-Bass, 286 p.

Garmezy, N. (1991). « Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty ». *American Behavioral Scientist*, vol. 34, p. 416-430.

Gauthier, B. (2000). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, 3^e édition. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Gayet, D. (2007). Réussite et échec paradoxaux. In B. Cyrulnik & J.-P. Pourtois (dir.). *École et résilience* (pp. 29-45). Paris : Odile Jacob.

Gendarmerie Royale du Canada (2012). Les effets de la violence familiale sur les enfants - Où est ce que ça fait mal ? No. de catalogue: PS 64-21, p. 1-9.

Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, Macmillan HL. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, vol. 373, pp.167-80.

Gilligan, R. (2008). « Promoting resilience in young people in long-term care - the relevance of roles and relationships in the domains of recreation and work ». *Journal of Social Work Practice*, vol. 22, no 1, p. 37 – 5

Gilmore, J-H. (2012). « Longitudinal development of cortical and subcortical gray matter from birth to 2 years », *Cerebral Cortex*, 22, pp. 2478-2485

Glantz, M., Johnson, J. (1999). *Resilience and positive life adaptations*. New York: Academic/Plenum publishers.

Giddens, A. (1993). *New rules of the sociological method. A positive critique of interpretative sociologies* (2^{ème} éd). Stanford, CA : Stanford University Press.

Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan.

Giovannoni, J., Bercerra, R. (2010). *Defining Child Abuse*. New York: Free Press, 302 p.

Gil, D. G. (2010). Unraveling child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 45, no 3, p. 346-356.

Goodman, R., Ford, T., Corbin, T. & Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 13, p. 25-11/31.

Guedeney, A. (2000). « Les déterminants précoces de la résilience ». In *Ces enfants qui tiennent le coup*, sous la dir. de Boris Cyrulnik, p. 13-26. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives.

Guillemette, F., Luckerhoff, J., & Boisvert, D. (2009). Autonomie ou hétéronomie pour les personnes présentant une déficience intellectuelle? Dans V. Guerdan, G. Petitpierre, J.P. Moulin et M.C. Haelewyck (Éds). *Participation et responsabilités sociales: un nouveau paradigme*

pour l'inclusion des personnes avec une déficience intellectuelle (pp. 347-358). Berne: Éditions scientifiques internationales.

Havnen, K. S., Jakobsen, R. & Stormark, K., M. (2009). Mental Health Problems in Norwegian School Children Placed Out-of-home: The Importance of Family Risk Factors. *Child Care in Practice*, vol. 15, no 3, p. 235- 250.

Hawley, D. (2000). « Clinical implications of family resilience ». *The American Journal of Family Therapy*, vol. 28, p. 101-116

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

Hébert, M *et al.* (1999). *Abus sexuel, facteurs familiaux et ajustements de l'enfant*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.

Hegar, R.L., Hunzeker, J.M. (1988). « Moving toward empowerment-based practice in public child welfare », *Social Work*, 33, 6, 499-502.

Hegel, G. W. F. (1966). *Préface de la phénoménologie de l'esprit*. Paris : Aubier - Montaigne, 223p.

Hodgkin, R., Newell, P. (2010). Manuel d'Application de la Convention Relative aux Droits de L'Enfant, UNICEF, Genève.

Houshyar, S., & Kaufman, J. (2005). Resiliency in Maltreated Children. *Handbook of resilience in children* (pp. 181–200). New York, NY: Springer.

Hurley, D., Chiodo, D., Leschied, A., Whitehead, P. (2003). Intergenerational Continuity and Life Course Trajectory in a Child Protection Sample: Implications for Social Work Practice, University of Western Ontario, 2003.

Jesu, F., Le Gal, Jean. (2015). *Démocratiser les relations éducatives*. Paris: Chroniques sociales.

Khemiri, K., Derivois, D. (2012). « La violence scolaire du point de vue des professionnels de maison d'enfants à caractère social : une étude exploratoire ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 60, p. 516 -525

Hyman, S. (2009). « How adversity gets under the skin ». *Nature Neuroscience*, vol.12, no 3, p. 241 -243.

Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*: Paris: Presses universitaires de France.

Jacoby, S. (1986). « Emotional child abuse: The invisible plague » *Empathic Parenting*, p. 3-6.

Jones, J.G., Butler, H.L., Hamilton, B., Perdue, J.D., Stern, H.P., Woody, R.C. (2010). « Münchausen syndrome by proxy ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, no 1, p. 33.

Kaiser, A. (2009). « On Sex/gender related similarities and differences in MIR language research », *Brain research review*, 61, pp. 49-59.

Kaufman, J., et E. Zigler (1987). « Do abused children become abusive parents? », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, no 2, p. 186-192.

Keller, E., Cusick, T., Gretchen, R. & Courtney, M.E. (2007). Approaching the Transition to Adulthood: Distinctive profiles of adolescents aging out of the child welfare system, *Social Service Review*, 81(3), 454-484.

Kempe, C. H. (1978). Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*, 62, 382-389.

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.

Kim, H.S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, vol.29, p.1205-1212.

Kinard, M. (1998). « Methodological issues in assessing resilience in maltreated children ». *Child abuse and neglect*, vol. 22, no 7, p. 669-680

Kinsella, EA. (2010). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*, vol. 11, no 1, p. 3-14.

Kitzman, K. (2012). *Violence familiale et impacts sur le développement social et affectif des jeunes enfants*. 3ème éd MacMillan.

Kolko, D.J. (1996). « Child Physical Abuse » In *APSAC Handbook on Child Maltreatment*, sous la dir. de J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny et T. Reid. Thousand Oaks (CA): Sage Publications & The American Professional Society on the Abuse of Children [APSAC].

Konicheckis, A. (1999). *Psychopathologie du récit, Narration et psychanalyse*. Paris: L'Harmattan.

Langeland, W., Dijkstra, S. (1995). « Breaking the intergenerational transmission of child abuse: Beyond the mother-child relationship », *Child Abuse Review*, vol. 4, p. 4-13.

Lapierre, S., Damant, D. (2004). « Les mauvais traitements envers les enfants et les adolescents : Le point de vue d'enfants et d'adolescents victimes. *Service Social* 51 (1), 98-107.

Le Bossé, Y., Dufort, F. (2001). « Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir », dans F. Dufort et J. Guay (sous la direction de), *Agir au coeur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social*, Les presses de l'université Laval, 7-31.

Lecomte, J. (2003). « Qu'est-ce que la résilience ». In *Vivre devant soi : être résilient, et après ?*, sous la dir. de Boris Cyrulnik, p. 9-22. Revigny-sur-Ornain : Édition du journal des psychologues.

Lecomte, J. (2005). Les caractéristiques des tuteurs de résilience. *Recherche en soins infirmier*, no 82, P. 22-25

L'Écuyer, R. (1990). « L'analyse de contenu : notion et étapes », dans Jean-Pierre Deslauriers, *Les méthodes de la recherche qualitative*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p 49-65.

Lefrançois, R. (1992). *Stratégies de recherche en science sociales*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 358 p.

Lessard, G., Chamberland, C. et Damant, D. (2005). « Complexité et défis de l'intervention auprès des familles qui vivent une double problématique de violence », *Intervention*, 122, 80-122.

Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*, 2ème édition, Montréal : éd. Guérin

Lemay, M. (2000). « Résister : rôle des déterminants affectifs et familiaux ». In *Ces enfants qui tiennent le coup*, sous la dir. de Boris Cyrulnik. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives, p. 27-43.

Le Moigne, J.L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Que sais-je. Paris : Presses universitaires de France (PUF)

Le Moigne, J-L. (2001). *Le constructivisme* (Tomme I et II). Paris : L'Harmattan.

Leplay, E. (2006). « Co-construction de savoirs professionnels par la recherche : vers un dispositif expérimental en formation initiale de travailleurs sociaux » *Esprit critique*, Vol.08, No.01, ISSN 1705-1045,

Levi, P. (1987). *Si c'est un homme*. Paris: Julliard.

Levine, M., & Levine, A. (1992). *Helping children: A social history*. New York: Oxford University Press

L'hotellier, A., St-Arnaud, Y. (1994). Pour une démarche de praxéologie. *Nouvelles pratiques sociales*, vol.7, no 2, p. 95-117.

Liebenberg, L. & Ungar, M. (2008). *Resilience in action*. Toronto: University of Toronto Press.

Lighezzolo, J., Marchal, S., Theis, A. (2003). La résilience chez l'enfant maltraité : tuteur de développement et mécanismes défensifs (approche projective comparée). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol 51, no 5, p. 87-97

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans N.K. Denzin & Y.S Lincoln (Éds), *Handbook of Qualitative Research* (2ème éd, pp. 163-188). Thousand Oaks, California : SAGE.

Loi sur les services à l'enfance et à la famille (2017), Réf. du 16 avril 2017
https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90c11?_ga=2.68491345.1712218521.1500426879-317211539.1500426879

Louis, R. (2012). *Résilience chez les enfants : Révision intégrative de la recherche et recommandations pour l'intervention*, mémoire de maîtrise, Université Laurentienne.

Luthar, S., Cicchetti, D. (2000). « The Construct of Resilience: Implications for interventions and social policies ». *Child Development*, vol. 71, no 3, p. 857-885.

Luthar *et al.* (2006). *Conceptual issues in studies of resilience: Past, Present, and Future Research*. New York: Academy of Sciences.

Lynch, M. (1985). "Child abuse before Kempe: An historical literature review". *Child Abuse and Neglect*, 9, p. 7-15.

Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. Dans H. Steele & M. Steele (Éds.), *Clinical applications of the adult attachment interview* (pp. 31-68). New York: Guilford Press.

Malinosky-Rummel R., Hansen D.-J. (1993). « Long-Term Consequences of Childhood Physical Abuse », *Psychol Bull*, no 114, p. 68-79.

Masson, P. (2012). « Évaluations psychosociales : Culture du positivisme et enjeux éthiques », *Nouvelles pratiques sociales*, 25, 1, 224-242.

McGloin, J-M., Widom, C. (2001). « Resilience among abused and neglected children grown up ». *Developmental psychopathology*, vol. 13, no 4, p. 1021-38.

MacMillan, H.L., Jamieson, E. et Walsh, C. (2003). Exposure to child maltreatment and contact with child protection services: What is the relationship? *Child Abuse and Neglect*, 27(12), 1397-1408.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur.

McNeese, M. et J. Hebler. (1977). *The abused child : A clinical approach to identification and management*. (CIBA Clinical Symposia, Vol. 29, No 5), Summit, N.J. : CIBA Pharmaceutical Co.

Malo, C., Moreau, J., Chamberland, C., Léveillé. S., Roy, C. (2001). *Problèmes sociaux : Tome II Études de cas et interventions sociales*, sous la dir. d'Henri Dorvil et Robert Mayer. Québec: Presses de l'Université du Québec, 679 p.

Manciaux, M. (2001). « La résilience. Un regard qui fait vivre ». *Études*, vol. 10, Tome 395, p.321-330

Massé, P. (2009). « *Méthodes de collecte et d'analyse de données en communication* », TÉLUQ L'Université à distance de l'UQAM, 211 p.

Massé, R. (1994). « *Antécédents de violence et transmission intergénérationnelle de la maltraitance* », *Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, vol. 4, nos 2-3, été 1994, pp. 239-249, réf. du 25 octobre 2013, http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/antecedents_violence/texte.html

Masten, A. (2001). « Ordinary Magic : Resilience Processes in Development ». *American Psychologist*, vol. 56, no 3, p. 227-238.

Mayer, R. et J.P. Deslaurier. (2000). *Quelques éléments d'analyse qualitative : L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie*, In *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Sous la dir. De Mayer, R. et al, Boucherville : Gaetan Morin, p. 159-189, 261.

Mayer, R. et M.-C. Saint-Jacques. (2000). *L'entrevue de recherche*, In *Méthodes de recherche et intervention sociale*, sous la dir. De Mayer et coll., Montréal: G. Morin, p. 115-131, 455.

Meaney, M., Turecky, G. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, vol. 12, no 3, p. 342-348.

Merirow, J. (1990). *Fostering Critical Reflection in Adulthood*. San Francisco: Josse Bass.

Miller, A. (2008). *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Paris : Aubier.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Février 2004. « La protection des enfants au Québec : Une responsabilité à mieux partager ». *Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse*, [En ligne]. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/...> (Page consultée le 2 octobre 2015)

Ministère de la Justice du Canada. 2013. L'initiative de lutte contre la violence familiale, réf. 3 Janvier 2014, http://www.justice.gc.ca/fra/pi/vf-fv/pub/abus/abus_lang/fa-fe/p2.html

Ministère des Services à l'Enfance et à la Jeunesse (2015). Familles d'accueil, réf. du 20 avril 2015, <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/childrensaidd/fostercare/index.aspx>.

Mongeau, P. (2011). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : côté jeans & côté tenue de soirée*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Myers, J. E. B. (2006). *Child protection in America: Past, present and future*. New York: Oxford University Press.

Myers, J. E. B. (2010). *The history of child protection in America*. Sacramento, CA: University of the Pacific

Ontario Association of Children's Aid Societies, OACAS. (2011). Children's Well-Being: The Ontarian Perspective, *Child Welfare Report*.

Ontario Association of Children's Aid Societies, OACAS. (2013). Children's Well-Being: The Ontarian Perspective, *Child Welfare Report*.

Organisation mondiale de la santé, OMS. (2006). *Child Maltreatment Prevention: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva, Suisse : Presse de l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé.

Organisation des Nations unies, ONU. (1989). Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CIDE) [en ligne]. Repéré à <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx> (25 Août, 2015).

Oxman-Martinez, J., Rowe, W., Straka, S. et Moreau, J. (1998). « La négligence : une dimension négligée en recherche et en pratique ». *Revue canadienne de service social*, 15(2), 125-144.

Pagé, G. et Mongeau, J. (2007). « Intervention et transmission intergénérationnelle : services manquants, intervenants dépassés : l'intervention en protection de la jeunesse et la transmission intergénérationnelle de la maltraitance », *Service Social*, vol. 53, no.1, p.61-73.

Paillé, P. et Muccelli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 2e édition, "U. Sciences humaines et sociales", Paris : Armand Colin, p. 315.

Parisot P., Caussade L. (1929). Les sévices envers les enfants. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 9 : 398-426.

Patenaude, J. (1998). L'apport réflexif dans les modèles professionnels par-delà l'efficacité. Dans G.A. Legault (Éd) *L'intervention : usage et méthodes* (pp. 99-133). Québec: GGC Éditions.

- Pears, K., C. & Fisher, A., P. (2005). Developmental, Cognitive, and Neuropsychological Functioning in Preschool-aged Foster Children: Associations with Prior Maltreatment and Placement History. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 26 no 2, p. 112-122.
- Penwill, K. (2002). « La réforme du système de protection des enfants en Ontario et la collaboration intersectorielle : obstacles et possibilités », *Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF)*, introduction.
- Perry, B.D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3, 79-100.
- Pommereau, X. (1997). *Quand l'adolescent va mal*. Paris, Éditions J'ai lu. 123.
- Popper, K. R. (1998). *La connaissance objective*. Paris: Flammarion collection Champs.
- Powley, E. (2009). Reclaiming resilience and safety: Resilience activation in the critical period of crisis, *Human Relations*, vol. 62, no 9, p. 1289–1326.
- Russell, B. (1965). *History of Western Civilization*. London: George Allen & Unwin.
- Rutter, M. (2002). « La résilience en face de l'adversité. Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques ». *Études sur la mort*, vol. 2, no 122, p. 123-146.
- Rutter, M. (1999). « Resilience concepts and findings: Implications for family therapy ». *Journal of Family Therapy*, vol. 21, p. 119-144.
- Rutter, M. (1999). Resilience: some conceptual considerations. *J. Adol. Health*, 14, 626-631.
- Scarcella, CA., Bess, R., Zielewski, EH., Warner, L., Geen, R. (2004). The cost of protecting vulnerable children IV. The Urban Institute Assessing the New Federalism.
- Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal : Éditions Logiques.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner*, New York, Basic Books.
- Schön, D. (1978). *Educating the Reflective Practitioner*, San Francisco, Jossey Bass.
- Schultheis, F., Frauenfelder, A., & Delay, C. (2007). *Maltraitance : Contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris: L'Harmattan.
- Sempik, J., Ward, H., & Darker, I. (2008). Emotional and Behavioural Difficulties of Children and Young People at Entry into Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 13, no 2, p. 221-233.

Tisseron, S. (2002). *L'Intimité surexposée*. Paris : Hachette.

Silverman A.-B., Reinherz H.-Z., Giaconia R.-M. (1996), « The Long-Term Sequelae of Child and Adolescent Abuse: A Longitudinal Community Study », *Child Abuse and Neglect*, no 20, p. 709-723.

Smokowski, P. (1998). « Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children ». *Social service review*, vol. 72, no 3, p. 337-364.

Sorenson, S. (1991). « How Children Tell: The Process of Disclosure of Sexual Abuse » *Child Welfare*, vol. LXX, no 3-14.

Spitz, R. (1965). *The first year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. New York: International Universities Press.

Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D., Carnes, M. (2007), « Long-Term Physical and Mental Health Consequences of Childhood Physical Abuse: Results from a Large Population-Based Sample of Men and Women », *Child Abuse and Neglect*, no 31, p. 517-530.

Suard, M. (2007). « Vivre après l'inceste ». *Adolescence*, vol. 4, Tome 62, p. 871-878.

Sullivan, S. (2000). *La négligence à l'égard des enfants : Définitions et modèles actuels. Examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993 –1998*, Ottawa: Ministère des Travaux publics et des Services, [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-childbneglect_f.pdf [PDF] (Page consultée le 23 Octobre 2015)

St-Arnaud, Y. (1997). Le savoir, un objet perturbateur non identifié (OPNI) dans l'intervention. Dans C. Nelisse (dir.). *L'intervention : les savoirs en action*, (p. 165-181). Paris : Presses universitaires de France.

Statistiques Canada (2011). *Enquête nationale sur les ménages*.

Stern, D. (1999). « L'enveloppe prénarrative : vers une unité fondamentale d'expérience permettant d'explorer la réalité psychique du bébé. p. 101–19.

Spaccarelli, S., Kim, S. (1995). « Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls ». *Child abuse and neglect*, vol. 19, no 9, p.1171-1182.

Swift, K. (1995). « *Manufacturing bad mothers: A critical perspective on child neglect* », Toronto, University of Toronto Press, p 14-16, p. 66.

Sylvestre, A., Mérette, C. (2010). « Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors? », *Child Abuse & Neglect*, 34, 6, 414-428.

Szerman, S. (2006). *Vivre et revivre : Comprendre la résilience*. Paris : Robert Laffont.

Tardieu, A. (1968). *Étude médico-légale sur l'infanticide*. JB Baillièrre et fils, Paris.

Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and youth services review*, vol.30, no1, p.1-25.

Terrisse, B. et 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*, numéro thématique, École/Famille : Quelles médiations ? vol. 14, p. 129-172

Tisseron, S. (2008). La résilience. Paris : Coll. « Que-sais-je ? », PUF.

Tonmyr, L. (1998). *Études d'incidence et de prévalence menées à l'échelle internationale sur la maltraitance envers les enfants*. Ottawa (Ontario), Santé Canada.

Tousignant, M. (1999). « De l'adversité à la résilience : la part du milieu, la part de l'enfant ». *Prisme*, vol. 29, p. 122-135.

Trépaner, J. et F. Tulkens (1995). « *Délinquance et protection de la jeunesse. Aux sources des lois belge et canadienne sur l'enfance* », Bruxelles, De Boeck Université, p. 11-48.

Trocmé, N. *et al.* (2005). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants ECI – 2003 : Données principales. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Trocmé, N. (2011). « Violence et négligence envers les enfants », Portail *Canadien de la recherche en protection de l'enfance*, réf. du 26 Septembre 2015, www.cwrp.ca/fr/legislation

Trocmé, N. *et al.* (2008). « Étude Canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants », Données principales. *Agence de la santé publique du Canada*, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Ottawa : ON.

Tumlin KC, Geen R. (2000). The decision to investigate: Understanding state child welfare screening policies and practices. The Urban Institute Assessing the New Federalism. Series A-38, May 2000.

Turney, D. (2000). « The feminizing of neglect », *Child and Family Social Work*, 5, 47-56.

Turpel-Lafond, M.E. (2006). Health and Well-Being of Children in Care in British Columbia: Report 1 on Health Services Utilization and Mortality. BC Representative for Children and Youth and Office of the Provincial Health Officer; p. 18.

Tursz, A. (2013). « Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique ». *Revue française des affaires sociales*, vol.1 n° 1-2, p. 32-50.

Tursz, A. (2010). *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*, Paris : Seuil.

Ungar, M. (2004). *Nurturing hidden resilience in troubled youth*. Toronto: University of Toronto Press.

U.S. Department of Health and Human Services. (2006). The AFCARS Report: Preliminary Estimates for FY 2005 as of September 2006 [Online]. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families. Children's Bureau. Available at: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/afcars/tar/report16.htm. EN LIGNE, page consultée le 28 Septembre, 2015.

Van, S. (1974). "Who owns the child?" *Childhood Education*, 8, p. 259-265.

Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux : Éditions sociales Françaises (ESF).

Vinay, A., *et al.* (2000). « Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient ». *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 4, no 1, p. 9-35,

Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New-York, The Guilford press.

Werner, E. (1993). « Risk, Resilience, and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study ». *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 503 – 515.

Youf, D. (2011). « Protection de l'enfance et droits de l'enfant ». *Études*, 12/2011 (Tome 415), p. 617-627. 2011.

Annexe 1 Demande d'entrevue & consentement aux services d'aide à l'enfance

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Les savoirs pratiques des tuteurs de résilience contribuant à l'activation du processus de résilience chez des enfants de l'Ontario sous la responsabilité des services de protection de l'enfance »

Chercheur étudiant : Robert Louis, étudiant au doctorat, Sciences humaines appliquées, Université de Montréal
Directeur de recherche : Yves Couturier, Ph.D., Professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke, professeur associé, École de travail social, Université de Montréal

Vous êtes invité à participer à une entrevue et/ou à un groupe de discussion (focus group) d'une durée maximale de 2 heures dans le cadre d'un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Participation à la recherche

Votre participation consiste à accorder une entrevue et/ou à intervenir dans un groupe de discussion (focus group), dans lesquels le chercheur vous demandera d'expliquer vos savoirs pratiques ayant contribué au processus d'activation de la résilience chez des enfants que vous avez suivi sur une longue période, et qui, en dépit du fait d'avoir été exposés à l'adversité se développent relativement positivement, de manière socialement acceptable. Cette entrevue ainsi que le groupe de discussion (focus group) qui devraient durer 2 heures, seront enregistrés, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec l'intervieweur, selon vos disponibilités.

2. Problématique

Plus de 17 000 des 3,1 millions d'enfants de l'Ontario, confrontés à des situations d'adversité, sont sous la garde des sociétés d'aide à l'enfance. Cela signifie que tous les jours, 1 enfant sur 182 est pris en charge en Ontario puisque leur sécurité ou leur développement sont compromis (OACAS, 2011). Un peu plus de 60 % des enfants pris en charge vivent dans des arrangements familiaux, tels que la parenté ou des familles d'accueils. Le reste – le tiers – vit dans des foyers, des établissements de prise en charge, ou de façon autonome. En dépit de ce tableau sombre, il arrive souvent que les professionnels soient en présence d'enfants qui, quoiqu'en butte à l'adversité, réussissent, contre toutes attentes, à s'adapter relativement positivement, malgré les situations de vie difficiles auxquelles ils sont confrontés. Les écrits scientifiques présentent ce phénomène comme étant la résilience, c'est-à-dire « la capacité de réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité » (Cyrulnik, 2009, p. 8). « Compte tenu des effets néfastes des mauvais traitements envers les enfants, il existe un besoin continu de la recherche dans ce domaine » (Houshyar et Kaufman, 2005, p. 181). On ne dispose que de très peu d'études sur le processus d'activation de la résilience « Il est rare d'avoir les témoignages du

tuteur de résilience » (Lecomte, 2003, p. 13). De plus, le peu d'études qui existent sur le sujet présentent des résultats peu fondés empiriquement (Dumaret, 2011), en traitant de la résilience tantôt d'un point de vue théorique, comme un processus, une capacité ou un résultat. En effet, on retrouve peu d'écrits expliquant, à partir de données empiriques, le processus d'activation du processus de résilience chez l'enfant (McGloin et Widom, 2001).

3. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre les savoirs pratiques des tuteurs de résilience contribuant à l'activation du processus de résilience chez des enfants de l'Ontario sous la responsabilité des services de protection de l'enfance. De façon général, un tuteur de résilience est un travailleur social, un enseignant, un éducateur, un psychologue, bref une personne qui, placée sur le chemin de l'enfant, le guide et le soutient. Le tuteur de résilience est un point d'appui qui rend possible la reprise d'un développement en aidant l'enfant à reprendre confiance en lui et à avoir un projet d'avenir après que ce dernier ait été exposé à des situations d'adversité. (Lecomte, 2005., Cyrulnik, 2009., Anaut, 2006).

De façon spécifique, dans la présente étude, l'expression tuteur de résilience désigne les professionnels des services de protection de l'enfance de l'Ontario, ceux qui sont spécifiquement impliqués auprès des enfants, et qui les ont suivi sur une longue période, parfois jusqu'à leur sortie des soins. Ils sont donc des acteurs et des témoins de première importance dans le processus d'activation de la résilience. Pour ce faire, nous comptons recueillir le point de vue d'une trentaine de travailleurs sociaux en protection de l'enfance.

4. Pertinence sociale

Les retombées anticipées de cette recherche seront surtout en lien avec la pratique en protection et en développement de l'enfance/la jeunesse, dans l'optique d'offrir de meilleurs services et soutiens aux familles et aux enfants qui sont au prise avec le problème de maltraitance, afin surtout d'éviter la perpétuation de la situation sur plusieurs générations. Les travaux de recherche supplémentaires dans ce domaine fourniront à l'intervenant impliqué auprès des enfants réputés résilients, des résultats probants sur lesquels s'appuyer pour améliorer son intervention visant l'activation du processus de résilience (Hawley, 2000). « Compte tenu des effets néfastes des mauvais traitements envers les enfants, il existe un besoin continu de la recherche dans ce domaine » (Houshyar et Kaufman, 2005, p. 181). Il incombe donc à la recherche de faire expliciter le processus de résilience (Tisseron, 2007). Comme l'indique Powley, (2009), des travaux de recherche supplémentaires sont nécessaires pour ouvrir la voie sur la possibilité de nouvelle compréhension de la façon dont s'active le processus de résilience, et de renforcer ainsi les pratiques organisationnelles qui favorisent l'efficacité. Ces travaux pourront soutenir le développement professionnel des intervenants et la mise jour des formations initiales des futurs professionnels de la protection de l'enfance.

5. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

6. Avantages et bénéfiques

Vous contribuerez à une meilleure compréhension du processus d'activation de la résilience, ceci dans le but de mieux aider les enfants exposés à l'adversité. De plus, vous contribuerez à la littérature sur le sujet d'étude, tout en ayant l'opportunité de faire des recommandations pour l'amélioration de certains services offerts à la clientèle desservie. Vous serez exposés aux réponses fournies par d'autres participants, vous pourrez donc bénéficier directement de l'expérience et des connaissances développées par vos collègues.

7. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seuls le chercheur et son équipe pourront connaître son identité. Les données seront conservées dans un lieu sûr. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits, ainsi que toute information personnelle, 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

8. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec le chercheur au numéro de téléphone indiqué ci-dessous.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____ Date :

Nom : _____ Prénom :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du chercheur : _____ Date :

(ou de son représentant)

Nom : _____ Prénom :

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec le chercheur

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences par courriel à l'adresse ceras@umontreal.ca

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca






Annexe 2 Questionnaire d'entrevue

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉE






Introduction : Mots de remerciements, mise en contexte du projet. Précisions de la durée de l'entretien c'est-à-dire environ deux heures. Rassurer les participants qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, c'est plutôt leur expérience qui compte. Rappeler les règles de confidentialité et faire signer le formulaire. Mon rôle aujourd'hui c'est d'écouter tout ce que vous avez à dire, de vous aider à expliciter le plus que possible des thèmes de réflexion que je vous propose.























But : Au cours de l'entretien, nous discuterons de vos savoirs pratiques contribuant à l'activation du processus de résilience chez des enfants sous vos responsabilités. j'aimerais que nous abordions les thèmes suivants : Caractéristiques des jeunes tels qu'ils sont représentés par vous les professionnels de la protection; problématiques rencontrées dans l'exercice professionnel auprès des enfants exposés à des situations d'adversité; exemples de cas de résilience, explicitation du processus d'activation des processus de résilience (attitude professionnelle, vécu, liens intersubjectifs).





Grands thèmes qui seront abordés lors des groupes de discussion et des entrevues individuelles

Thème I Caractéristiques des enfants	Thème II Problématiques rencontrées	Thème III Processus d'activation de la résilience
<ul style="list-style-type: none">  Explicitation des caractéristiques des enfants tels qu'ils sont représentés par vous les professionnels de la protection; 	<ul style="list-style-type: none">  Explicitations des problématiques rencontrées dans l'exercice professionnel auprès des enfants exposés à des situations d'adversité; 	<ul style="list-style-type: none">  Récits de pratique, exemples de cas de résilience,  explicitation du processus d'activation des processus de résilience;  Les savoirs pratiques du tuteur de résilience (attitude professionnelle, vécu, liens intersubjectifs).

Questions qui seront posées lors des entrevues individuelles

Thème I	Thème II	Thème III
<ul style="list-style-type: none">  Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de ces enfants ?  Pouvez-vous nous décrire les enfants/jeunes auprès 	<ul style="list-style-type: none">  Pouvez-vous décrire en quoi consiste votre implication, bref, votre pratique professionnelle auprès des enfants exposés à des situations d'adversité, sous la 	<ul style="list-style-type: none">  Pouvez-vous raconter un exemple de cas de résilience dans le cadre de votre travail ?  Quels types d'expériences, de force, de potentiels sont

<p>desquels vous êtes impliqués ?</p> <ul style="list-style-type: none">  Pouvez-vous nous décrire les situations difficiles, les adversités, auxquels ont été confrontés ces enfants <u>avant d'être sous la responsabilité de la protection de l'enfance</u> ?  En général comment se comportent les enfants sous la responsabilité de la protection de l'enfance ?  Quelles sont selon vous certaines caractéristiques spécifiques aux enfants avec qui vous travaillez ?  Pouvez-vous décrire les problématiques auxquelles sont confrontés les enfants <u>au sein de leur environnement</u> ?  Parlez-nous des défis que rencontrent ces enfants / jeunes ?  Est-ce qu'il y a d'autres caractéristiques de ces enfants / jeunes que nous n'avons pas explicitées et qui vous semblent importantes, préoccupantes ?  Avez-vous quelque chose d'autres à ajouter concernant les caractéristiques / problèmes auxquels ces jeunes sont confrontés? 	<p>responsabilité de la protection de l'enfance?</p> <ul style="list-style-type: none">  Pouvez-vous décrire les problématiques auxquelles sont confrontés les enfants / jeunes que vous côtoyez <u>dans le cadre de votre travail</u> ?  Quelles sont, selon vous, les problématiques rencontrées dans l'exercice professionnel auprès des enfants exposés à des situations d'adversité ?  Habituellement comment se comportent les enfants sous la responsabilité de la protection de l'enfance?  Enregistrez-vous des cas d'abandon ou de pertes de liens ? si oui, quels sont les motifs?  Parlez-nous des difficultés que comporte votre implication auprès des enfants placés? Quels en sont les plus importantes et pourquoi?  Quels sont les obstacles les plus menaçants pour le développement positif des enfants avec qui vous travaillez ?  Comment avez-vous pris connaissance de ces difficultés ? Dans quelles circonstances surviennent-elles habituellement ?  Quelle est selon vous l'ampleur de ces difficultés ? Quels sont enfants, jeunes les plus touchés, et comment ? 	<p>présents au sein de leur environnement, et contribuent dans l'activation du processus de résilience? Pouvez-vous donner des exemples ?</p> <ul style="list-style-type: none">  Explicitez à partir de votre pratique professionnelle, la part de l'individu (types d'expériences, de force, de potentiels) dans l'activation du processus de résilience ?  Explicitez le processus de résilience chez certains enfants placés par les services de protection de l'enfance ?  Explicitez votre rôle, la nature de votre implication ?  Quel est votre part dans le processus d'activation de la résilience ?  Qu'est-ce qui dans votre pratique professionnelle a contribué dans l'activation du processus de résilience ?  D'après votre expérience, quels sont les éléments / facteurs ayant le plus facilité le processus d'activation de la résilience depuis votre implication ?  Selon vous, à partir de votre pratique professionnelle auprès de ces enfants, comment renforcer les pratiques organisationnelles qui favorisent l'efficacité, le développement positif de
--	---	--

	<p> Avez-vous remarqué des changements dans la situation au cours des dernières années ?</p> <p> Comment expliquez-vous ce problème ?</p>	<p>l'enfant exposé à l'adversité?</p> <p> Est-ce qu'il y a d'autres choses à ajouter à propos des termes abordés?</p> <p> <u>Remerciements.</u> <u>Clôture</u></p>
--	---	--

Annexe 3 Approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences

Le 13 juillet 2015

Objet : Approbation éthique – « Les savoirs pratiques des tuteurs de résilience contribuant à l'activation du processus de résilience chez des enfants de l'Ontario sous la responsabilité de la protection de l'enfance »

M. Louis,

Le Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences (CERAS) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé à la suite de la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. À la suite de la réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, comme indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERAS tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Marie-Pierre Bousquet, Vice-présidente Comité d'éthique de la recherche en arts et en

sciences (CERAS) Université de Montréal

c. c. M. Yves Couturier, professeur titulaire, Faculté des lettres et sciences humaines Mme
Myldred Larathe, FAS-Sciences humaines appliquées

p. j. Certificat n^o CERAS-2015-16-076-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville Montréal QC H3C 3J7

adresse civique

Pavillon Lionel-Groulx 3150, rue Jean-Brillant Local C-9104 Montréal QC H3T 1N8

Ceras@umontreal.ca www.ceras.umontreal.ca

Annexe 4 Certificat d’approbation éthique



Comité d’éthique de la recherche en arts et en sciences **CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE**

Le Comité d’éthique de la recherche en arts et en sciences (CÉRAS), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu’il respecte les règles d’éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l’Université de Montréal.

N^O de certificat

CERAS-2015-16-076-D

Titre du projet Les savoirs pratiques des tuteurs de résilience contribuant à l’activation du processus de résilience chez des enfants de l’Ontario

sous la responsabilité de la protection de l’enfance Étudiant requérant Edmond Robert Louis, Étudiant au doctorat, FAS-Sciences humaines appliquées Sous la direction de Yves Couturier, professeur titulaire, Faculté des lettres et sciences Humaines-École de travail social, Université de Sherbrooke

Organisme Non financé Programme Titre de l’octroi si différent

Numéro d’octroi Chercheur principal No de compte

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRAS qui en évaluera l’impact au chapitre de l’éthique.

MODALITÉS D’APPLICATION

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRAS.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRAS.

Comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences Université de Montréal

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville Montréal QC H3C 3J7

Date de délivrance

adresse civique

Pavillon Lionel-Groulx 3150, rue Jean-Brillant Local C-9104 Montréal QC H3T 1N8

ceras@umontreal.ca www.ceras.umontreal.ca

Date de fin de Validité

13 juillet 2015

31 décembre 2020
