

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

THÈME

**Vulnérabilité et résilience chez l'enfant en période
de latence face à l'abandon**

**-Étude de cinq cas au sein de l'établissement pour enfants assistés
Chahida DJELLAYA ZAHOUA, Bejaia-**

Réalisé par :
HEBBACHE Samira
IDIR Mounia

Encadré par :
Mme BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2023/ 2024

Remerciements

Tout d'abord, nous exprimons notre gratitude envers Dieu, qui nous a donné la force, le courage et les moyens nécessaires pour accomplir ce travail.

Nous souhaitons remercier madame BENAMSILI Lamia pour avoir accepté de nous encadrer. Sa disponibilité, sa bienveillance, ses précieux conseils et son soutien ont été d'une grande aide pour la réalisation de ce modeste travail.

Nous adressons également nos remerciements aux membres du jury, qui nous font l'honneur d'évaluer ce travail et de partager leurs avis éclairés.

Nos remerciements vont également à l'ensemble du personnel de l'établissement pour enfants assistés de la wilaya de Bejaïa. Leur accueil chaleureux et les facilités qu'ils nous ont accordées lors de notre stage pratique ont été essentiels à la réalisation de cette recherche.

Un grand merci à tous nos sujets de recherche, qui ont consacré leur temps à la réalisation de ce travail et ont fait preuve de bonne volonté. Sans eux, notre travail n'aurait pas pu être effectué.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude envers nos familles, qui nous ont soutenus, ainsi qu'à tous ceux qui se sont intéressés de près ou de loin à ce mémoire.

DEDICACES

C'est avec une joie immense et le cœur ému que je dédie ce mémoire à ma chère famille pour leur affection inépuisable et leurs précieux conseils. Ils n'ont cessé de prier pour moi durant mon cursus scolaire et m'ont encouragé régulièrement.

À ma mère la source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifices. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie. Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. Je n'espère ne jamais te décevoir, ni trahir ta confiance et tes sacrifices. Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

À mon père, de tous les pères, tu es le meilleur. Aucune dédicace ne saurait exprimer ma reconnaissance et mon profond amour. Puisse Dieu vous préserver et vous procurer santé et bonheur. Vous êtes et vous resterez pour moi ma référence, la lumière qui illumine mon chemin.

A ma grand-mère Zahra dieu te garde pour nous

A mon cher grand père que Dieu t'accueille dans son paradis

À mes deux chers frères Hani & Bader et ma chère tante qui je sais que ma réussite et importante à leurs yeux que Dieu vous garde pour moi

À mes chères amis Nensrin Nawel et Ferial

À toute personne qui m'a aidé dans ce travail

SAMIRA

Liste des abréviations

CADBE : La Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant.

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant.

CYRM-28 : Child and Youth Resilience Measure-28. (Mesure de la résilience chez les enfants et les jeunes).

DSM : Diagnostic and Statistical Manuel.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONS : Office National des Statistiques.

ONU : Organisation des Nations unies.

UNICEF : United Nations International Children Fund.

Liste des tableaux

N° du tableau	Titre	Page
N° 01	Structure de la population par âge et sexe	25
N° 02	Caractéristiques de groupe de recherche	114
N° 03	Les items des trois dimensions de l'échelle de CYRM-28	123
N° 04	Caractéristiques de groupe de la pré-enquête	127
N° 05	Résultats de l'échelle CDI du cas de la pré-enquête	128
N° 06	Résultats de l'échelle CYRM-28 du cas de la pré-enquête	128
N° 07	Résultat d'Islam obtenus dans l'échelle de CYRM-28	129
N° 08	Résultat de Lina obtenus dans l'échelle de CDI	142
N° 09	Résultats de Lina obtenus dans l'échelle CYRM-28	143
N° 10	Résultats de Lina obtenus dans les sous échelles CYRM-28	144
N° 11	Résultat de Yacine obtenus dans l'échelle de CDI	150
N° 12	Résultats de Yacine obtenus dans l'échelle CYRM-28	152
N° 13	Résultats de Yacine obtenus dans les sous échelles CYRM-28	152
N° 14	Résultat de Salim obtenus dans l'échelle de CDI	157
N° 15	Résultats de Salim obtenus dans l'échelle CYRM-28	158
N° 16	Résultats de Salim obtenus dans les sous échelles CYRM-28	158
N° 17	Résultats de Youcef obtenus dans l'échelle de CDI	164
N° 18	Résultats de obtenus dans l'échelle CYRM-28	165
N° 19	Résultats de obtenus dans les sous échelles CYRM-28	166
N° 20	Résultat d'Ilyes obtenus dans l'échelle de CDI	172
N° 21	Résultats d'Ilyes obtenus dans l'échelle CYRM-28	173
N° 22	Résultats d'Ilyes obtenus dans les sous échelles CYRM-28	174
N° 23	Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CDI	178

N° 24	Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CYRM-28	180
N° 25	Tableau récapitulatif des résultats des sujets aux sous échelles CYRM-28	181
N° 26	Tableau récapitulatif des résultats des sujets aux deux échelles CDI et CYRM-28	183

Liste des annexes

Numéro de l'annexe	Titre
Annexe N° 01	Guide d'entretien de recherche semi-directif
Annexe N° 02	Echelle de CDI
Annexe N° 03	Echelle de CDI traduite en arabe
Annexe N° 04	Résultat de l'échelle de CDI d'Islam
Annexe N° 05	Résultat de l'échelle de CDI de Lina
Annexe N° 06	Résultat de l'échelle de CDI de Yacine
Annexe N°07	Résultat de l'échelle de CDI de Salim
Annexe N°08	Résultat de l'échelle de CDI de Youcef
Annexe N°09	Résultat de l'échelle de CDI d'Ilyes
Annexe N°10	Echelle de CYRM-28
Annexe N°11	Echelle de CYRM-28 traduite en arabe
Annexe N°12	Résultat de l'échelle de CYRM-28 d'Islam
Annexe N°13	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Lina
Annexe N°14	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Yacine
Annexe N°15	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Salim
Annexe N°16	Résultat de l'échelle de CYRM-28 de Youcef
Annexe N°17	Résultat de l'échelle de CYRM-28 d'Ilyes

Table des matières

Introduction	1
---------------------------	----------

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE I: Enfant à l'épreuve de l'abandon

Préambule :	7
I. L'enfant :	7
1. Aperçu historique sur l'enfant :	7
2. Définition de l'enfant :	10
3. Le développement de l'enfant :	11
3.1. Le développement cognitif selon Piaget :	12
3.2. Le développement psycho- affectif de l'enfant :	15
3.3. Le développement social de l'enfant :	17
3.4. Le développement physique :	20
3.5. Le développement psychomoteur :	21
4. Histoire du concept de la période de latence :	22
5. La prévalence des enfants :	25
5.1. Les enfants dans le monde :	25
5.2. Les enfants en Algérie :	25
6. Les droits de l'enfant :	26
6.1. Dans le monde :	26
6.2. En Afrique :	28
6.3. En Algérie :	28
II. Enfant abandonné	29
1. Aperçu historique de l'abandon :	29
2. Définition de l'abandon :	31
3. Les types de d'abandon :	31
4. Les causes de l'abandon :	33
5. Abandon et genre :	33
6. Le statut des enfants assistés :	34
Synthèse :	35

Chapitre II: Vécu en établissement pour enfants assistés : entre dépression et résilience

Préambule :	38
I. La Dépression :	38
1. Histoire de la dépression chez l'enfant :	38
2. Définition de la dépression chez l'enfant :	42
3. Les types de dépression chez l'enfant :	43

3.1 L'une inscrite dans une structure de personnalité type névrotique :	43
3.2 L'autre associée à des troubles de la personnalité.....	43
4. Symptomatologie de la dépression chez l'enfant :	44
5. Critères diagnostic de DSM-IV pour la dépression majeure :	46
6. Diagnostic et diagnostic différentiel de la dépression chez l'enfant :	47
6.1. Diagnostic :	47
6.2. Diagnostic différentiel :	48
7. L'étiopathogénie de la dépression chez l'enfant :	49
7.1. De quel facteur à l'origine de la dépression infantile :	49
7.2. Les mécanismes : les différentes perspectives théoriques.....	50
8. La dépression pendant la période de latence	51
9. Nosologie et évaluation de la dépression chez l'enfant :	53
10. Données épidémiologiques :	54
11. Prise en charge thérapeutique de la dépression chez l'enfant :	55
11.1 La prise en charge psychothérapeutique :	55
11.2 La prise en charge médicamenteuse :	56
II-Résilience :	57
1. Origine et historique du concept de résilience chez l'enfant :	58
2. Définitions de la résilience :	61
3. Concepts associés à la résilience :	63
3.1 Empowerment :	63
3.2 Le coping :	63
3.3 Le sentiment de cohérence :	63
3.4 L'invulnérabilité :	64
4. Les approches théoriques de la résilience :	64
4.1 L'approche sociale :	65
4.2 L'approche comportementale :	65
4.3 L'approche cognitivo-comportementale :	65
4.4 L'approche génétique :	66
4.5 L'approche neurobiologique :	67
4.6 L'approche psycho dynamique :	68
5. Les facteurs de risque et de protection chez l'enfant :	68
5.1 Facteurs de protection chez l'enfant :	68
5.1.1. Facteurs individuels :	69
5.1.2. Facteurs familiaux :	69
5.1.3. Facteurs extra-familiaux :	69

5.2 Facteurs de risque chez l'enfant :	70
5.2.1. Facteurs centrés sur l'enfant :	70
5.2.2. Facteurs liés à la configuration familiale :	70
5.2.3. Facteurs sociaux-environnementaux :	71
6. Critères de la résilience :	71
7. Application clinique de la résilience :	72
8. Les limites de la résilience :	74
9. La résilience à l'épreuve de l'abandon :	75
9.1 La résilience des enfants abandonnés :	75
9.2 Facteurs de risques et de protection de la résilience chez l'enfant abandonné :	76
9.2.1. Facteurs de risques	76
9.2.2. Facteurs de protection	77
Synthèse :	92
III. Revue de la littérature :	78
IV. Etudes antérieures :	87
Problématique et hypothèses	95

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III: Méthodologie de la recherche

Préambule :	109
1. Les limites de la recherche :	109
2. Méthode utilisée dans la recherche :	109
3. Présentation du lieu de recherche :	113
4. Présentation du groupe de recherche :	113
4.1. Critères d'inclusion	113
4.2. Critères d'exclusion	113
5. Outils de recherche	114
5.1 L'entretien de recherche :	115
5.2 L'échelle de dépression CDI :	119
5.3 L'échelle de résilience CYRM-28 :	121
6. Déroulement de la recherche	125
6.1. La pré-enquête	126
6.2. L'enquête	130
7. Attitude de chercheur	132
8. Difficultés de la recherche	135
Synthèse	135

CHAPITRE IV :Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Préambule :.....	138
I. Présentation et analyse des résultats	138
Cas N°1 : Lina	138
Cas N° 02 : Yacine	147
Cas N° 03 : Salim.....	155
Cas N° 04 : Youcef.....	162
Cas N° 5 : Ilyes	168
II. Discussion des hypothèses.....	177
Synthèse des cas :.....	185
Conclusion.....	187
LISTE DES RÉFÉRENCES	187
Annexes	

La famille est souvent définie comme un système comprenant les membres d'au moins deux générations différentes, liés entre eux par des liens biologiques et affectifs. La famille assure la continuité de l'espèce de par la reproduction et la naissance des êtres humains qu'elle enregistre, elle garantit les soins permettant de survivre et de grandir et assure l'éducation et de socialisation de ses membres, en leur transmettant les connaissances, la culture, les valeurs, les principes, les règles d'une société donnée. La famille remplit une autre tâche, à savoir assurer à ses membres un développement sain et un certain bien-être émotionnel.

Ainsi, la famille est un lieu d'étayage et un espace affectif précieux. Cependant, il arrive que la famille perde son développement normal et devient un lieu de souffrance, principalement en raison de défaillances de contenance et une insuffisance de protection à ses membres, l'enfant se retrouve exposé tant psychiquement que physiquement à la maltraitance, les abus sexuels, négligences graves, voire à l'abandon.

De ce fait, l'enfant est un individu doté d'une sensibilité intrinsèque qui a toujours besoin d'une famille pour le guider, le protéger et l'aimer. Les parents sont là pour lui fournir un soutien émotionnel, l'aider à grandir et à se développer et lui enseigner des valeurs importantes. Ils sont une source de sécurité et de stabilité dans la vie d'un enfant. Donc ces derniers sont responsables de veiller à ce que ses besoins fondamentaux soient satisfaits. Mais aussi, il est vraiment crucial de prêter attention au développement psychologique des enfants, car Pendant la croissance, ils traversent différentes étapes et ont besoin de soutien pour développer leur estime de soi, leur confiance en eux et leurs compétences sociales. Les expériences qu'ils vivent dans leur enfance peuvent avoir un impact significatif sur leur bien-être physique, émotionnel, social. Mais, il y a des parents qui délaissent leurs enfants et au final, ces enfants vont se retrouver dans un établissement pour l'enfants assistés.

Dans notre étude, l'abandon fait référence à un placement définitif de l'enfant à la naissance. L'abandon d'un enfant est un sujet complexe et poignant. Lorsqu'un enfant est abandonné, cela engendre des conséquences profondes sur son bien être psychologique et son développement. Ce dernier peut causer une dépression et des difficultés pour l'enfant tant sur le plan émotionnel que sur le plan social, c'est pourquoi il est important de sensibiliser à ce phénomène et de travailler ensemble pour trouver des solutions afin de protéger les enfants et leur offrir un avenir meilleur.

Deux types de réaction de ces sujets face à leur inscription dans un destin d'enfants abandonnés et assistés semblent se dessiner : d'une part la souffrance psychique et la

vulnérabilité exprimée essentiellement par une dépression ; d'autre part ce qu'on a désigné dans cette étude par la résilience, c'est-à-dire la résistance face aux traumatismes permettant des conduites adaptatives dans des conditions de vie difficiles.

De ce fait, il y a une propension à évoluer positivement après un abandon et une séparation mère-enfant même si cela implique rationnellement un risque élevé d'apparition de graves psychopathologies infantiles. Cette recherche exploratoire est donc orientée vers ces deux probabilités.

Par ailleurs, durant la période de latence, l'enfant se concentre davantage sur les apprentissages scolaires, les amitiés et les activités sociales. L'abandon, qu'il soit physique ou émotionnel, peut avoir des répercussions profondes durant cette phase critique. Un sentiment d'insécurité et de manque de confiance peut émerger, entravant le développement de compétences sociales et affectives. L'enfant peut se sentir isolé et éprouver des difficultés à établir des relations saines, ce qui peut affecter son bien-être émotionnel à long terme.

Dans cette étude intitulée « *vulnérabilité et résilience chez l'enfant en période de latence face à l'abandon* », nous nous sommes intéressés au récit relatant le parcours singulier de chacun de ces sujets assistés. Nous avons fait le choix de cette thématique car nous savons peu de chose sur le ressenti de ces enfants assistés. Il s'avère, après nos lectures et nos recherches, qu'on recense très peu de travaux consacrés à cette question dans le champ de l'établissement des enfants assistés, en particulier en Algérie, et peu d'études prennent en compte le point de vue de l'enfant sur son propre vécu. La présente recherche vise par conséquent à apporter de nouvelles connaissances sur le vécu des enfants accueillis en tenant compte de leurs propres points de vue, car dans le contexte de l'établissement des enfants assistés, la parole des enfants est rarement entendue. Notre but est de contribuer modestement à une meilleure compréhension du ressenti des sujets composant notre population d'étude.

Par conséquent, l'objectif général de cette recherche était de décrire la trajectoire de vie de ces enfants placés en institution. Il s'agit aussi de se pencher sur l'anamnèse de ces sujets. L'anamnèse sera reconstituée en mettant en perspective des bribes de cette histoire : entretiens avec le sujet de recherche, avec les intervenants autour de cet enfant. L'objectif secondaire étant d'explorer une éventuelle dépression et d'interroger une résilience possible chez certains. Notre population d'étude se compose des enfants assistés et répondant aux critères de sélection retenus. La recherche a été réalisée à l'établissement pour enfants assistés de Bejaia.

Pour réaliser ses objectifs, nous avons adopté une démarche qualitative soutenue en premier par un entretien semi-directif pour laisser le sujet s'exprimer le plus librement possible sur son vécu subjectif à travers un discours. Les entretiens se sont présentés sous forme d'un récit présentant l'histoire du sujet. On a de ce fait, invité nos sujets de recherche à raconter leur vécu, en évoquant leur vie actuelle, mais aussi leur passé. Nous nous sommes focalisés sur les points tournants dans les trajectoires de ces enfants, points pouvant être associés à la dépression ou à la résilience.

Dès lors, cette approche qualitative convient à l'exploration de nos indicateurs : « dépression » ou « résilience ». La seconde étape consiste en la passation de deux outils psychométriques. Le premier, Children Depression Inventory (CDI) de l'enfant dans sa version française destinée à évaluer les symptômes de la dépression chez des enfants de 8 à 13 ans. Ce choix est dû au fait que cette échelle est un outil flexible et a été adapté pour les enfants de différentes cultures, c'est également l'une des échelles les plus utilisée au monde dans l'évaluation de la dépression chez l'enfant, le deuxième outil, Child and Youth Resilience Measure (Cyrm-28), est une échelle destinée à mesurer la résilience chez des sujets âgés de 8 à 23 ans. Ce choix est pertinent car c'est un outil ayant des origines multiculturelles (échelle de résilience culturellement valide), comprenant quatre ressources de résilience et correspondant à la catégorie d'âge de notre population d'étude.

Il faut noter qu'inviter ces personnes à faire le récit de leur expérience n'est pas simple, car cela comporte le risque de voir remonter à la surface des choses douloureuse et enfouies. C'est pour cette raison que la recherche s'est effectuée dans le respect strict des règles éthiques et déontologique régissant la recherche en psychologie clinique, car nous sommes conscientes de la « sensibilité » du thème traité. Nous y reviendrons sur ce point ultérieurement dans ce manuscrit.

Pour la réalisation de notre travail, nous avons abordé l'approche descriptive qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils qu'on a décidé d'utiliser. En effet cette approche permet de relater des informations sur la nature du vécu de notre population d'étude.

Pour entreprendre notre tâche, nous avons l'introduction, puis la partie théorique et pratique, premièrement la partie théorique est divisée en deux chapitres, le premier chapitre intitulé « *l'enfant à l'épreuve de l'abandon* », le deuxième chapitre était consacré au « vécu en établissement pour enfant assistés entre dépression et résilience ». Deuxièmement, la partie

pratique, dont on a présenté dans le premier chapitre la méthodologie de la recherche, le deuxième chapitre la présentation et analyse des hypothèses, et nous avons achevé notre travail par la présentation de la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE I

Enfants à l'épreuve de l'abandon

Préambule :

La famille représente le premier et le plus crucial environnement social pour les enfants, exerçant un impact profond sur leur croissance, tant sur le plan émotionnel, mental et physique. Les enfants, ces êtres sensibles, ont constamment besoin d'amour, de soins, d'attention, d'accompagnement et d'éducation. Des éléments que la famille est généralement censée de leur procurer. Par conséquent l'abandon d'un enfant, est un acte qui transcende les frontières du temps et des cultures, évoque une réalité douloureuse et complexe, au cœur de cette réalité, se dessine le destin d'êtres fragiles, confrontés à l'absence de refuge affectif et à l'incertitude de leur avenir. L'enfant abandonné figure poignante de notre société suscite des questionnements profonds sur la nature humaine, la responsabilité collective et le devoir de protection.

Dans ce premier chapitre, intitulé « enfant à l'épreuve de l'abandon », et pour bien organiser notre travail, on a préféré de diviser ce chapitre en deux parties, dans la première partie on va parler sur « l'enfant », dont on va traiter les points suivants : d'abord un aperçu historique sur l'enfant ensuite, nous allons définir la notion de l'enfant et nous allons aborder son développement. Dans la deuxième partie, nous allons évoquer « l'enfant abandonné », et nous allons débiter avec son aperçu historique. Puis, nous allons donner quelques définitions. Ensuite, nous allons aborder les types d'abandon. Nous allons également aborder les causes de l'abandon, et nous allons terminer le chapitre par une synthèse.

I. L'enfant :

L'enfant est un être vivant qui se caractérise par sa dépendance à l'autre. L'enfance est de ce fait une étape de développement qui se situe entre la naissance et l'adolescence. Dans ce qui se suit, nous allons commencer par un aperçu historique du concept de l'enfant à travers les différentes époques, puis on donnera des définitions de l'enfant et de la période de latence. On évoquera son développement sur plusieurs plans.

1. Aperçu historique sur l'enfant :**L'enfant dans l'antiquité :**

Dans la Grèce antique, la communauté citadine a porté parfois des jugements sévères sur l'enfant être jugé trop fragile et non productif. A sparte (VIII^e VI^e siècle avant J-C). Les enfants nés handicapés, ne pouvant devenir de bons guerriers, sont souvent éliminés, les autres valides, sont élevés dans l'orkces (maison) avec leurs parents jusqu'à l'âge de sept ans, puis quittent le foyer parental pour recevoir une éducation en groupe. Dans la cité athénienne (VI^e IV^e siècles

avant JC, les conditions des enfants semblent un peu meilleures dans la société romaine, la puissance paternelle est si forte que le législateur octroie au père le droit de vie et de mort sur son enfant (Lett, 2019, p.5).

L'enfant dans l'époque médiévale

L'époque médiévale hérite d'une double vision de l'enfance : l'une négative, insiste sur les incapacités et les infirmités de l'enfance, être imparfait au regard de l'homme adulte, forçant l'analogie avec le nain, le fou, l'homme ivre, la femme, l'autre vision, très positive, met l'accent sur la pureté et innocence de l'enfant. On assiste, tout au cours du moyen âge, à une très forte valorisation du tout petit (Lett, 2019, p.6).

Dès lors, le souci porté à l'intérêt de l'enfant est récent. En effet, la notion d'enfance est une notion plutôt moderne, née aux XVIIe et XVIIIe siècles, lorsqu'on a commencé à sortir des grandes famines et de la mortalité infantile sévère et que l'on a considéré que l'enfant n'était pas seulement un risque ou une charge, mais aussi une source d'espérance (Verdier, 2009.p.86)

Il y a quelques dizaines d'années, seul l'état adulte était considéré comme un état achevé. La période de l'enfance n'était qu'une longue période souvent peu « rentable » aux yeux de la société. Ce n'est que dans la dernière partie du XXe siècle que va se développer, suite au travail principes de l'historien Ph. Ariès, une réflexion visant à mettre à jour comment ont pu évoluer les représentations collectives, S'appuyant particulièrement sur l'absence de personnages enfantins dans la littérature avant le XVIIIe siècle (Baudier & Cléste, 2004, p. 8).

En effet, La place donnée à l'enfant est liée à des attentes très différentes selon les personnes et les cultures. La nature démographique, la capacité à planifier les grossesses et les naissances, l'enfant vu comme simple force de travail (aux champs par exemple), le statut même du sexe d'un enfant (sexe féminin déprécié dans certaines cultures), la volonté politique de restreindre les naissances (infanticides des filles pour ne garder que les garçons), la crainte de ne pas pouvoir tous les nourrir ou leur donner du travail vont induire des comportements très différents voire opposés dans les différentes sociétés selon les lieux et le temps (De Broca, 2017, p. 10).

La mortalité ne devait régresser véritablement qu'au milieu du XVIIIe siècle après la fin des grandes épidémies de peste ou de choléra et des grandes famines. Au XVIIIe siècle, alors que l'espérance de vie s'allonge, la fécondité diminue et ce jusqu'au milieu du XXe siècle. Devant l'impossibilité de vaincre les épidémies, les maladies virales ou la malnutrition, l'enfant

était en même temps l'objet de « mignotage » ou de plaisir à jouer ensemble et l'objet d'un non-investissement pour éviter la souffrance liée à une mort prématurée très probable. Ces décès affectaient tout autant les familles qu'aujourd'hui comme l'attestent les documents qui relatent la mort d'un enfant en traduisant la souffrance que les adultes vivaient face à ce fait inacceptable. La pauvreté globale était telle qu'un grand nombre d'enfants non attendus étaient souvent abandonnés. Même si l'abandon a toujours été très réprouvé et parfois puni, le nombre des enfants était tellement important qu'après la création de l'hôpital des Enfants trouvés par saint Vincent de Paul (1638), de nombreuses institutions ont été créées en vue de réduire la mortalité de ces enfants laissés à eux-mêmes. Les infanticides sont « de pratique populaire » dit un rapport officiel lyonnais en 1828 et son importance quantitative semble attestée par les témoignages des confesseurs (De Broca, 2017, pp. 10-12).

Dans ce cadre, l'intérêt pour l'enfance s'est notamment imposé dans les grandes lois protectrices de XIXe siècle. Mais la découverte de l'enfant sujet personne digne d'intérêt, n'est encore plus contemporaine. Ce n'est pas que depuis le XXe siècle qu'il va être au centre des politiques d'éducation et de soins, et aussi des enjeux économiques et de consommation. Cette évaluation se traduit aussi par une évaluation du droit et par le développement de nouveaux instruments juridiques, notamment la convention internationale des droits de l'enfant (Verdier, 2009, p.87).

Par conséquent, Les historiens ont exploré le concept de l'enfance, notamment à travers des ouvrages célèbres tels que "L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime" de Philippe Ariès. On peut également citer les travaux de Michelle Perrot sur la famille et la vie privée, ainsi que ceux d'Élisabeth Badinter sur l'amour maternel. Ariès s'est penché sur la représentation de l'enfant dans l'art à travers les siècles. Il a remarqué qu'avant les XIIe et XIIIe siècles, l'enfant était souvent dépeint comme un petit adulte, identifiable principalement par sa taille réduite. Ce n'est qu'à partir du XIIIe siècle que l'art a commencé à lui accorder une morphologie distincte. En analysant les modes de vie des populations françaises à travers l'histoire, Ariès distingue deux grandes périodes (Hesselnberg, 2001).

La première période :

Dans la société traditionnelle, l'enfant et même l'adolescent étaient mal représentés. Leur enfance était souvent réduite à leur période la plus vulnérable, lorsque l'enfant n'était pas encore autonome. Physiquement peu développé, l'enfant était intégré parmi les adultes, partageant à la fois leurs tâches et leurs divertissements. De ce fait, il passait rapidement de l'enfance à l'âge adulte, sans les étapes intermédiaires qui sont devenues importantes dans les sociétés modernes. La socialisation et la transmission des valeurs et des connaissances n'étaient pas entièrement

assurées par la famille ; l'enfant se détachait rapidement de ses parents. L'éducation se basait essentiellement sur l'apprentissage, à travers la cohabitation des enfants et des adultes. Les enfants acquéraient leur savoir en aidant les adultes. Les interactions affectives et les échanges sociaux se déroulaient en dehors du cercle familial, dans un environnement dense et chaleureux composé de voisins, d'amis, de maîtres et de serviteurs, ainsi que de personnes de tous âges et de tous sexes (Hesselnberg, 2001).

En schématisant, on peut dire que l'étude de l'enfant n'a guère fait partie des préoccupations littéraires et philosophiques jusqu'au XVIII^e siècle. Les écrivains d'autrefois étaient surtout préoccupés de l'homme adulte et beaucoup moins de l'enfant, en qu'ils ne voyaient qu'un adulte en miniature (Rondal & Esperet, 1999, p.21).

La deuxième période :

À partir de la fin du XVIII^e siècle, l'éducation a progressivement été confiée à l'école, remplaçant ainsi l'apprentissage traditionnel. Les enfants ont cessé d'être intégrés parmi les adultes pour apprendre la vie directement auprès d'eux. Ils ont été séparés des adultes et placés à l'écart, notamment à travers la scolarisation, avant d'être confrontés au monde extérieur. Cette séparation résultait en grande partie de l'effort de moralisation entrepris par l'Église. Les parents ont commencé à s'intéresser davantage aux études de leurs enfants, transformant la famille en un lieu d'affection selon Ariès, où le sentiment familial a émergé avec l'intensification de la scolarisation des jeunes. D'autres historiens ont ensuite approfondi l'étude de l'enfance à travers les époques (Hesselnberg, 2001).

Des lors, on conclut ce rappel historique en disant que l'enfant a toujours existé, mais son histoire émerge depuis peu.

Nous allons maintenant définir la notion de l'enfant

2. Définition de l'enfant :

Le mot enfant est emprunté du mot latin *infans*, *infantis*, « celui qui ne parle pas » (Calin, 2007, p.136).

Étymologiquement, les termes d'« enfant ». D'« enfance », renvoient d'abord à une notion d'inachèvement. L'*infantia*, c'est le défaut d'éloquence ; l'*infans* désigne celui qui ne maîtrise pas le langage et, par extension, les premières années de vie. Les termes de *fante*, d'*infante* désignent le valet, la servante, qui connaîtront un destin de soumis, tout comme les fantassins et l'infanterie (Baudier & Céleste, 2004, p. 4).

Avant de désigner une notion dans les divers champs du savoir contemporain, l'enfance est un terme de notre langue, mis en jeu dans le discours à côté du terme enfant, dont il se distingue par son statut sémantique. Alors que « les enfants » désignent les individus d'une classe d'âge (d'ailleurs définie d'une manière fluctuante selon les circonstances et les époques), le terme d'enfance renvoie à l'« être enfant » et reçoit son sens d'une constellation d'attributs eux-mêmes dépendants de l'évolution des mentalités dans notre histoire (Henriette et al, 2011, p.327).

Sur le plan psychologique ; *« l'enfance c'est la période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence »*. Sous l'impulsion de la psychologie moderne, *l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particuliers* » (Sillamy, 2003, p.97).

Ainsi, l'enfance est une période de la vie allant de la vie à la puberté, âge d'entrée dans l'adolescence.

Par conséquent, un enfant est *« un garçon ou une fille n'ayant pas encore atteint l'adolescence, c'est-à-dire ayant moins de 11-12 ans, âge de la puberté »* (Camillo et al, 2020, p.101).

Dans la convention relative aux droits de l'enfant adoptée le 21 novembre 1989 par l'ONU et ratifiée par l'Algérie en avril 1993 l'enfant « s'entend de tout être humain âgé de moins de 18ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ».

On peut dire aussi que *« l'enfant n'est pas enfant parce qu'il est petit, écrivait Claparède au début du siècle, il est enfant pour devenir adulte »*. L'enfance est la période de l'« humanisation » de l'individu, de l'apprentissage de la nature humaine. Cet apprentissage est long ; il l'est d'autant plus que le niveau adulte à atteindre est plus complexe et plus évolué (Paul, 2004, p.28).

3. Le développement de l'enfant :

Le développement de l'enfant est le résultat de l'interaction entre son patrimoine génétique et son environnement physique, affectif, familial et social. Comprendre les grandes étapes de ce développement permet non seulement de concevoir des stratégies pour le stimuler, mais aussi de détecter les retards et les anomalies qui pourraient affecter l'enfant dans sa relation

au monde, ses interactions avec son environnement et/ou ses capacités d'apprentissage. Ainsi, avoir une connaissance des étapes clés du développement normal de l'enfant n'est pas seulement d'un intérêt théorique, mais aussi essentiel pour dépister précocement les troubles neurodéveloppementaux, émotionnels et comportementaux.

3.1. Le développement cognitif selon Piaget :

Selon Piaget, la construction progressive de l'intelligence, moyen d'adaptation de l'individu à son milieu, se fait par l'intermédiaire de deux mécanismes complémentaires :

l'assimilation, qui représente l'intégration des données du milieu extérieur aux cadres déjà existants de la pensée, et l'accommodation, qui conduit à la modification des schèmes de comportement en fonction de ces données. L'adaptation résulte d'un équilibre entre assimilation et accommodation. À partir de cette conceptualisation, Piaget individualise quatre grandes périodes dans le développement de l'intelligence.

La période de l'intelligence sensori-motrice (0-18/24 mois)

Durant cette période préverbale, le fonctionnement mental est fondé sur l'utilisation de schèmes moteurs et des activités perceptives qui font entrer l'enfant en communication avec le monde extérieur et qui s'enrichissent progressivement par leur propre fonctionnement (« réactions circulaires »). Piaget la subdivise en six stades :

- **0-1 mois** : exercices réflexes à partir d'un montage hérité et qui donne lieu à la formation de schèmes d'assimilation (sucer le sein → sucer le pouce) (Golse, 2015, p. 156).
- **1-4 mois** : acquisition d'habitudes sensori-motrices par assimilation reproductrice (reproduction du schème moteur inné en dehors du besoin biologique correspondant) et généralisatrice (application du schème moteur à d'autres objets que l'objet auquel il est primitivement destiné) (sucer le pouce, explorer du regard, gazouillis, etc.) (Golse, 2015, p. 156).
- **4-8/9 mois** : répétitions intentionnelles de découvertes fortuites, mais sans que le lien de causalité soit clairement perçu (faire remuer le berceau pour entendre les hochets, tirer le cordon qui actionne un mobile) (Golse, 2015, pp. 156-157).
- **8/9-11/12 mois** : utilisation d'un moyen déjà connu pour un but nouveau (soulever un tissu pour retrouver le jouet caché dessous) (Papalia & Martorell, 2015, p. 98).

- **11/12-18 mois** : recherche active de moyens nouveaux pour atteindre un but donné par combinaison de plusieurs schèmes, mais toujours par tâtonnement (expériences dans le bain d'immersion d'objets) (Papalia & Martorell, 2015, p. 98).
- **18 mois-2 ans** : combinaison soudaine et immédiate de schèmes sans tâtonnement : l'enfant à découvert de façon expérimentale les lois qui régissent le déplacement d'un objet, il est capable de mentaliser certains schèmes par des phénomènes de compréhension soudaine (Papalia & Martorell, 2015, p. 98).

Durant cette période, du point de vue de la subjectivité de l'enfant, l'égoïsme domine :

- l'objet est perçu au travers des tableaux sensoriels qui se succèdent devant ses yeux ; ce n'est que vers 8-10 mois que l'enfant sera capable de rechercher un objet caché, montrant ainsi l'établissement d'un schème d'objet permanent ;
- l'espace n'est ressenti que dans l'environnement immédiat, fixe, dans lequel l'enfant se situe lui-même ;
- la causalité est primaire, magique et consiste en un sentiment d'efficacité qui accompagne l'action ;
- le temps est uniquement perçu dans le vécu d'une action. Il s'est donc construit pour l'enfant un univers pratique.

La période préopératoire (18/24 mois-7 ans) :

À partir de 18 mois, l'enfant accède à la fonction symbolique ou sémiotique : avec l'intériorisation, l'enfant peut se détacher de la perception immédiate et différer l'action pour « penser » grâce à la représentation mentale ; il acquiert ainsi la possibilité de représenter quelque chose par un symbole ou par un signe. Cinq conduites marquent l'apparition de la fonction sémiotique : l'imitation différée, le jeu symbolique, le dessin, les images mentales et le langage. Deux stades caractérisent le développement de la pensée durant cette période :

Stade de pensée per-opératoire (2 à 6 ans) :

C'est le stade où domine la représentation symbolique. Pour Piaget la pensée à ce stade toujours égoïste et intuitive. L'enfant a des difficultés à faire la différence entre ses propres pensées et celles des autres ; ses pensées restent dominées par ses seules perceptions.

Mais cette période marque une évolution importante, car l'enfant est désormais capable d'évoquer des objets ou des situations en son absence, en ayant recours à une fonction symbolique (langage, jeu, imitation) (Romano, 2011, p. 74).

La pensée de l'enfant pendant cette période reste cependant préopératoire et prélogique, caractérisée par quatre grands traits de raisonnement :

- L'animisme : qui est la tendance à concevoir les choses comme vivantes et douées d'intentions.
- Le finalisme : c'est la définition d'une action par son résultat, que l'on retrouve dans les si fréquents « pourquoi » des petits enfants de cet âge, qui recherchent la raison d'être des choses, c'est-à-dire une raison à la fois causale et finaliste.
- L'artificialisme : c'est la croyance que les choses ont été construites par l'homme ou par une activité divine œuvrant à la manière de la fabrication humaine (par exemple, les montagnes « poussent » parce qu'on a planté des cailloux après les avoir fabriqués, les lacs ont été creusés, etc.)
- Le réalisme : les contenus de conscience de l'enfant sont considérés comme des objets. En effet, si le petit enfant anime les corps inertes, en revanche il matérialise la vie de l'âme : les rêves, par exemple, sont des images qui sont dans la tête quand on est réveillé et qui en sortent pour se poser sur le lit ou sur l'oreiller dès que l'on dort (Golse, 2015, p. 160).

En effet, la pensée du petit enfant entre 2 et 6-7 ans est donc encore essentiellement égocentrique et intuitive. Elle est dominée par la représentation imagée de caractère symbolique. L'enfant traite les images comme de véritables substituts de l'objet et il se comporte vis-à-vis d'elles de la même façon qu'il se comportait vis-à-vis des objets au stade sensorimoteur. Sa pensée porte essentiellement sur les configurations, c'est-à-dire que l'aspect perceptif y est dominant (par exemple, « une prune et une pêche se ressemblent parce qu'elles sont toutes les deux rondes ») (Golse, 2015, p. 161).

Stade des opérations concrètes (7 à 11 ans) :

Les opérations cognitives se situent ici dans le concret. Elles restent liées à l'action et les capacités d'abstraction de l'enfant restent limitées. L'enfant en effet peut classer, sérier, dénombrer mais il ne peut pas encore envisager les hypothèses. L'enfant prend conscience de

l'existence de sa propre pensée et de celle des autres, ce qui conduit à de profondes évolutions dans ses apprentissages et dans ses relations sociales (Romano, 2011, p. 74).

Dans ce cadre, il y a acquisition de la réversibilité de la pensée, ce qui permet l'élaboration des opérations de classification et de sériation en même temps que se constituent les invariants de substance, poids et volume. La réversibilité logique donne beaucoup plus de mobilité à la pensée de l'enfant, c'est la possibilité pour le sujet d'exercer ses actions en pensée ou intérieurement (Golse, 2015, p. 161).

Ensuite, une transformation opératoire demeure donc toujours relative à un invariant qui constitue un schème de conservation. La conservation, selon Piaget, constitue une condition nécessaire à toute activité rationnelle. Ainsi, un ensemble ou une collection ne sont concevables que si leur valeur totale demeure inchangée quels que soient les changements introduits dans les rapports des éléments (Golse, 2015, p. 161).

Stade de la pensée formelle (après 11 ans) :

Pour Piaget, l'enfant peut être comparé à un petit savant et il propose un modèle des apprentissages souvent assimilé à celui d'un escalier, la pensée de l'enfant évolue du concret vers l'abstrait au fur et à mesure que l'enfant apprend à construire et à utiliser des stratégies cognitives nouvelles. Le développement de la pensée se construit sous la poussée de la maturation, des actions réalisées et vérifiées, de l'interaction sociale ou familiale ou d'un processus de bouclage rétroactif entre stimulation, actions, vérification des résultats en termes de coût bénéfice énergétique (De Broca, 2017).

3.2. Le développement psycho- affectif de l'enfant :

La théorie de Freud avance que, au début de sa vie, l'enfant se trouve dans un état d'indifférenciation appelé par Freud la période du narcissisme primaire, marquant le passage de l'auto-érotisme à la relation objectale. Selon Freud, la pulsion libidinale trouve son support dans la fonction alimentaire : la mère satisfait le besoin alimentaire de l'enfant et devient associée au plaisir de celui-ci, ce qui constitue ce qu'on appelle la théorie de l'étayage. Freud a établi une chronologie des stades de la libido où ces stades se chevauchent et coexistent tout au long du développement (Golse, 2008).

Le stade oral : Il recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments, mais aussi prise d'informations au sens large.

– La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est donc la zone bucco-labiale, le carrefour aérodigestif jusqu'à l'estomac et aux poumons, les organes de la phonation mais aussi tous les organes sensoriels, avec une importance particulière dévolue à la vision et au toucher (importance de la peau). Que ce soit la nourriture ou les informations sensitivo-sensorielles (nutrition ou perception) il s'agit de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement extérieur : on mange ou on dévore des yeux, on boit des paroles (Golse, 2008, p.17)

Au cours de cette période l'enfant explore le monde principalement à travers la bouche. la satisfaction et le confort sont recherchés par la succion, que ce soit lors de l'allaitement ou par d'autres moyens.

Le stade anal : Il recouvre approximativement la deuxième année de la vie et l'on peut dire que c'est une année consacrée à la maîtrise ou à l'emprise (pulsion d'emprise). Le plaisir anal (étayé sur l'excrétion des selles) existait déjà auparavant mais il va désormais se conflictualiser.

– La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est la muqueuse anorecto-sigmodienne, voire toute la muqueuse digestive au-delà de l'estomac. Ce n'est donc pas un investissement purement orificiel et celui-ci va d'ailleurs s'étendre au-delà des sphincters et des parois digestives jusqu'à l'ensemble de l'appareil musculaire. À ce stade, il s'agit soit de conserver les objets passés à l'intérieur de soi, soit de les expulser après destruction (Golse, 2008, p.20)

Le contrôle des sphincters devient un aspect important du développement de l'enfant. L'accent est mis sur l'élimination et l'apprentissage de la propreté, ce qui peut entraîner des conflits entre l'enfant et les parents.

Le stade urétral ou phallique : Annonçant et précédant la problématique œdipienne, il instaure une relative unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux, mais sans qu'on puisse encore parler véritablement de génitalisation de la libido. Il se centre autour d'une thématique liée à l'absence ou à la présence de pénis. Il recouvre approximativement la troisième année de la vie et c'est en quelque sorte une période d'affirmation de soi.

– La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention.

– C'est à ce stade que se manifeste la curiosité sexuelle infantile. L'enfant prend conscience de la différence anatomique des sexes, c'est-à-dire de la présence ou de l'absence de pénis. Dès

lors le stade phallique va être en quelque sorte une période de déni de cette différence et ceci tant chez le garçon que chez la fille. Le garçon va nier la castration par la négation du sexe féminin ou par le maintien de la croyance en une mère pourvue de pénis. La fille va manifester son envie du pénis, soit en imaginant une « poussée » ultérieure du clitoris, soit par le biais d'attitudes dites « d'ambition phallique » (Golse, 2008, p.23)

Durant cette phase, l'enfant découvre ses organes génitaux et développe un intérêt pour eux. Les différences entre les sexes deviennent plus évidentes, et l'enfant commence à explorer les questions de genre.

Pendant cette période, les pulsions sexuelles semblent être moins actives. L'énergie psychique est dirigée vers d'autres activités telles que l'apprentissage scolaire, les amitiés et les activités sociales.

3.3. Le développement social de l'enfant :

Pendant son développement, l'enfant doit s'insérer dans son environnement social, y agir et y réagir pour se construire. Il doit s'adapter et interagir avec ce monde qui l'entoure. Ses capacités se développent à travers les expériences vécues dans son milieu, contribuant ainsi à façonner sa personnalité. L'action de l'enfant n'est donc pas un processus isolé, mais plutôt un dialogue interne constant entre lui et son environnement social.

L'intersubjectivité :

La notion récente d'intersubjectivité a pu être clarifiée, d'une part par la mise en évidence des compétences précoces du nourrisson, et d'autre part, par l'analyse des émotions (Zaouche-Gaudron, 2002).

Les compétences précoces :

Le nourrisson dispose de capacités sensorielles étonnantes, qui lui permettent de communiquer et de développer des compétences à communiquer, ces bases sensorielles peuvent être examinées de façon très précise sur au moins trois registres : visuel, auditif et olfactif.

- **Les Modalités visuelles** : étant donné le rôle majeur qu'elle joue dans l'espace humain, c'est la modalité sensorielle la mieux étudiée, même si certaines propriétés du système visuel restent encore à préciser. Comme tous les autres sens, celui-ci est fonctionnel dès la naissance. L'œil saute pour suivre un objet qui se déplace, l'acuité visuelle est faible, elle augmente rapidement jusqu'à 6 mois. À 4 ans, elle est identique, voire meilleure que celle des adultes. La

perception des couleurs semble présente dès la naissance. L'enfant est particulièrement attiré par les stimuli complexes, contrastés, mobiles et brillants. Les propriétés des stimuli les plus efficaces pour attirer son attention correspondent de manière privilégiée à celles du visage humain (Baudier & Céleste, 2004, pp. 70-71).

Le contrôle tonique des positions de la tête, est, par ailleurs, sous la dépendance des informations visuelles. Dès l'âge de 1 mois, les bébés peuvent différencier le visage de leur mère de celui d'une étrangère. Et des bébés de 4 mois ont des réactions différentes au vu des diapositives représentant leur mère ou une autre personne (Zaouche-Gaudron, 2002, p. 9).

- **Les modalités auditives** : la fonction auditive comme tous les sens permet de percevoir le monde extérieur et d'accéder à l'information, à la communication, à la fonction hédonique et ainsi à la formalisation de la pensée. Les structures cérébrales auditives se développent jusqu'à 6 ans (de Broca, 2017, p.34).

En revanche, les sons présentés de chaque côté de la tête dès la naissance, déclenchent souvent des réactions d'orientation. On a pu montrer que dès les premiers jours de vie, le bébé présente une possibilité de discrimination des sons du langage aussi fine que celle des adultes. Il semble particulièrement sensible aux caractéristiques prosodiques du langage, à l'intonation en particulier.

En effet, si on les modifie artificiellement (ralentissement de la cadence, inversion de l'ordre des mots, il n'y a plus reconnaissance). L'enfant ne préfère la voix de sa mère que si elle s'adresse réellement à lui (Baudier & Celeste, 2017, p. 69).

Enfin, la voix humaine suscite des sourires plus fréquemment que d'autres stimulations sonores chez un nourrisson de quelques jours (Zaouche-Gaudron, 2002, p. 10).

- **Les modalités olfactives** : faire évoquer par le parent le plaisir ou le dégoût que provoque l'odeur de son enfant permet de comprendre certains troubles de la relation. La sensorialité olfactive est un sens très développé chez le nouveau-né et joue un rôle important dans l'attachement enfant-mère (De Broca, 2017, p. 29).

Ainsi, les premiers travaux réalisés dans les années 1975 montrent que dès six jours les bébés tournent préférentiellement la tête vers une compresse imprégnée de l'odeur de sa mère, l'autre de celle d'une autre femme ou bien sans odeur. On peut penser que cette discrimination

précoce intervient pour renforcer le contact proximal avec l'adulte qui perçoit en retour l'effet positif de cet échange avec son bébé (Baudier & Celeste, 2017, p. 64).

Cependant, ces possibilités précoces confèrent à autrui un intérêt particulier, la singularité d'autrui tient, nous venons de la voir, aux particularités de sa voix, de son odeur, de son image, ou encore de sa posture. L'activité de l'enfant s'inscrit donc dans des interactions, dans des coactions, le plaçant d'emblée dans une expérience sociale (Zaouche & Gaudron, 2002, pp.10-11).

Il est ainsi fortement lié à l'attitude des parents et des éducatrices. En offrant à l'enfant l'occasion de tenter de nouvelles expériences, les adultes l'aident à réaliser qu'il exerce du pouvoir sur son environnement. Le fait de lui confier de petites responsabilités peut également contribuer au développement du sentiment de compétence. Lorsque l'enfant accomplit une tâche ou une activité, l'adulte peut renforcer son sentiment de compétence en le comparant à lui-même plutôt qu'aux autres, en l'encourageant à recommencer s'il ne réussit pas du premier coup et en le félicitant pour les étapes réussies (Papalia & Martorell, 2015, p. 201).

Le rôle des émotions :

Les émotions s'expriment, en particulier, au travers du tonus musculaire et des variations posturales que l'enfant adopte. C'est au travers des émotions que s'institue, pour Wallon, le lien fondateur entre l'organique et le social (Zaouche & Gaudron, 2002, p.10).

Puis, la conviction de Wallon s'argumente dans la nécessité de penser l'enfant comme être social. C'est un être dont les réactions ont besoin d'être complétées, compensées, interprétées. Le nourrisson dispose, dès sa naissance, d'un répertoire d'expressions émotionnelles qui lui servent à exprimer des états internes. Cette expression va agir sur autrui et celui-ci va répondre à l'expression émotionnelle du bébé. Ainsi, les émotions fondent cette intersubjectivité primaire qui implique une activité mutuelle de type interaction dans premier semestre de vie. Elles représentent le point de naissance du psychisme, c'est une expression à autrui de quelque chose à l'intérieur du sujet.

En effet, les enfants d'âge préscolaire peuvent parler de ce qu'ils éprouvent et sont souvent en mesure de discerner comment les autres se sentent. De plus, ils comprennent que les émotions sont liées aux expériences et aux désirs (Papalia & Martorell, 2015, p. 202).

Par ailleurs, les émotions ont donc un rôle constructif dans le développement de l'enfant, elles introduisent les relations intersubjectives, elles- même en relation avec les grandes fonctions sociales (Zaouche-Gaudron, 2002, pp. 11-13).

Le rôle de l'autre :

La confrontation à l'autrui introduit l'enfant, en même temps qu'elle la nourrit dans son sentiment d'être, et dans ses désirs d'affirmation de soi. L'enfant est amené à recevoir mais aussi, et surtout, à interpréter les conduites d'autrui et à réinventer ainsi sans cesse ses propres conduites.

Ensuite, le développement du moi nécessite des déplacements sur les positions multiples des autres et exige de se différencier des autres. Le moi se confronte à la similitude par le jeu des identifications, et à la différence qui fait du sujet un être irréductiblement unique (Zaouche-Gaudron, 2002, p. 10).

Ainsi, les socialités que proposent les milieux et les groupes d'appartenance du sujet deviennent en quelque sorte objets et sources d'actes, ils se placent sous le sceau d'un double ancrage, tournés vers autrui et tournés vers soi. L'enfant accède à une autonomie individuelle qui nécessite un dépassement. Cette conquête est consubstantielle au dialogue que l'enfant installe en lui, par intériorisation avec l'autre, par opposition à l'autre et par collaboration avec l'autre (Zaouche & Gaudron, 2002, p. 10).

D'après cela, l'enfant est amené à recevoir mais aussi, et surtout, à interpréter les conduites d'autrui et à réinventer ainsi sans cesse ses propres conduites. L'autre qui n'est pas tout le temps là et qui entraîne l'enfant sur le chemin de l'apprentissage de la discontinuité dans la continuité de la relation (Zaouche & Gaudron, 2002, p. 10).

3.4. Le développement physique :

Dans les premiers mois de la vie d'un enfant, il est difficile de faire la distinction entre son développement physique et son développement cognitif, tant les deux sont liés. Prenons l'exemple de l'apprentissage : à la base, il s'agit d'une fonction cognitive ; toutefois, les enfants apprennent beaucoup par l'action, c'est-à-dire au moyen des fonctions motrices et sensorielles. Le bébé a besoin d'explorer son environnement à l'aide de ses sens et par ses propres mouvements, car c'est cette exploration qui lui permet de savoir où est son corps et où commence le reste du monde.

Il en va de même pour les gestes qui accompagnent les premières tentatives de paroles. Quand un enfant dit « bye-bye ! », il ouvre et ferme la main, en plus de montrer qu'il est socialement en relation avec une personne. Quand un enfant dit « haut », il lève les bras, montrant ainsi à l'adulte où il veut aller. Le cerveau ne traite donc pas de façon séparée les fonctions sensorielles et motrices, les fonctions cognitives et les fonctions sociales : il les intègre. Par conséquent, lorsqu'on étudie le développement de la personne, on doit garder en tête l'importance de faire des liens entre toutes les dimensions, qu'elles soient physiques, cognitives, affectives ou sociales (Diane & Gabriela, 2018, p.80).

3.5. Le développement psychomoteur :

Concerne l'interaction entre la motricité et le psychisme, ainsi que les fonctions motrices intégrées dans l'activité psychique, notamment les aspects moteurs impliqués dans les relations avec autrui. Ces deux concepts sont étroitement liés par les interactions constantes entre l'enfant et son environnement, ainsi que par les liens entre l'état tonique et postural et les émotions » (Tourrette & Guidetti, 2018)

Les capacités psychomotrices évoluent avec l'âge. Progressivement, l'enfant doit atteindre le niveau de maîtrise motrice de l'adulte, incluant la stabilité, la dissociation des mouvements, et une coordination motrice plus précise, tout en affirmant sa latéralisation. Au-delà de 12 ans, l'équilibre et la maîtrise gestuelle sont généralement considérés comme acquis, mais la croissance physique importante à la puberté nécessite un réajustement, notamment dans la modulation des gestes (contrôle de la force musculaire) et la vitesse. L'évolution des capacités psychomotrices peut être résumée ainsi :

La souplesse diminue avec l'âge, étant souvent plus grande chez les filles et sur le côté non dominant du corps (gauche pour les droitiers). Les gestes deviennent plus précis et rapides à mesure que l'enfant gagne en indépendance musculaire, bien que l'absence d'indépendance puisse causer des syncinésies, des mouvements involontaires qui perturbent les mouvements intentionnels. Généralement, chez les enfants jeunes (4-6 ans), les mouvements incorrects et les syncinésies sont associés, mais après 8 ans, on peut observer des mouvements incorrects sans syncinésie et des mouvements corrects avec syncinésie » (Tourrette & Guidetti, 2018).

La latéralisation est une composante essentielle du schéma corporel, représentant la compréhension individuelle de son propre corps. Ce schéma se construit graduellement à partir de la conscience des limites et des capacités motrices, en mettant en relation nos perceptions internes et externes ainsi que nos représentations mentales. Ainsi, l'enfant commence par

ressentir et vivre son corps, puis le situe dans l'espace et le perçoit avant de le représenter mentalement en intégrant ses différentes parties en un tout cohérent.

Bien que le cerveau soit anatomiquement symétrique, il présente une asymétrie fonctionnelle avec une répartition des fonctions entre l'hémisphère gauche et droit. La spécialisation hémisphérique n'est pas initialement définie, se manifestant pendant l'enfance par des préférences qui se stabilisent avec le temps. Cette relative indétermination confère au cerveau une remarquable plasticité durant les premières années de vie. La latéralité se renforce progressivement, ce qui explique le processus de latéralisation » (Tourrette & Guidetti, 2018).

Etant donné que notre recherche porte sur les enfants en période de latence, nous avons décidé de lui consacrer un point distinct.

4. Histoire du concept de la période de latence :

Le concept de période latence créé par Freud, apparaît dans ses écrits, dans les lettres à Fliess sous la forme de deux périodes pendant lesquelles "le refoulement opère habituellement ». Dans les trois essais sur la théorie de la sexualité, il emploie le terme de « période de latence ».

Enfin, c'est dans caractère et érotisme anal que Freud donne des repères chronologiques à la période de latence depuis la fin de la cinquième année aux premières manifestations de la puberté. Nous voyons donc que, dès 1908, Freud a défini cette période de latence (Denis, 2011, p.27)

De très nombreux travaux dans la succession de l'œuvre de Freud ont contribué à affiner et spécifier la description de la latence sur le plan métapsychologique, ainsi que le rôle respectif des facteurs propres à l'organisation et au développement du moi, par rapport au rôle de l'environnement éducatif. K. Abraham (1925) a livré d'intéressantes contributions sur la formation du caractère venant compléter les vues freudiennes les conceptions de B. Bornstein (1951) sont maintenant considérées comme classiques elle distingue deux périodes : 5-8ans et 8-10ans.

Quant à Sarnoff (1971), il a tenté de dégager les mécanismes mentaux caractéristiques de cette période. En France, un apport incontestable à l'étude de cette période revient à J et E. Kestemberg à travers leur modèle théorique de plaisir de fonctionnement du moi. Enfin, P. Denis (1979) mettra l'accent sur le rôle de l'environnement pour l'organisation du fonctionnement latent (chagnon, 2009).

Période de latence :

C'est une période classiquement conflictuelle, se situant entre 7 et 12 ans. En réalité les conflits des stades précédents persistent en partie, mais se montrent moins chauds en raison d'une modification structurale des pulsions sexuelles, sans qu'on puisse décrire pour autant d'organisation nouvelle de la sexualité.

Le point essentiel consiste en une relative obsessionnalisation de la personnalité que l'éducation et l'enseignement savent d'ailleurs mettre à profit pour demander à l'enfant l'acceptation de rythmes réguliers et d'une discipline plus précise (soumission à la règle). Cette obsessionnalisation ou plutôt ces tendances obsessionnelles reposent sur la mise en place de formations réactionnelles (dégoût, pudeur) qui vont permettre à l'enfant de se dégager peu à peu des conflits sexuels de la période précédente. Ainsi apparaissent les sentiments de tendresse, de dévotion et de respect envers les images parentales qui correspondent au renversement de motions agressives inverses en ce qui concerne le parent du même sexe, alors qu'elles renvoient à un processus de sublimation quand il s'agit du parent du sexe opposé.

On assiste aussi à une désexualisation progressive des pensées et des comportements grâce à tout un travail de refoulement permettant les sublimations. Celles-ci, en déplaçant les buts pulsionnels vers des objectifs plus socialisés donnent lieu à une disponibilité particulière de l'enfant pour les apprentissages pédagogiques mais l'énergie de ces nouveaux intérêts demeure bien sûr issue des intérêts sexuels originels. Enfin, on constate une extension extrafamiliale de la problématique œdipienne. Ceci va permettre l'attirance de l'enfant vers des activités sociales plus larges et des milieux relationnels différents (école, groupes d'enfants...) grâce au déplacement des conflits primitifs sur des substituts des images parentales. Ce phénomène concourt grandement à la liquidation du complexe d'Œdipe (Bernard, 2008, p.25)

L'enfant est un individu en cours de développement et de structuration, acquérant progressivement son autonomie à travers divers domaines. Selon Freud, la période de latence s'étend de la cinquième année aux premiers signes de la puberté. Durant cette phase, on observe une réorganisation des conflits, des processus défensifs et des relations avec les objets. Cette étape est marquée par l'apparition d'un silence évolutif, où règne la tranquillité et le calme. Les valeurs morales, les sentiments de pudeur et de dégoût émergent, tandis que le refoulement, lié au développement du "surmoi", devient apparent. Freud suggère que cette période est généralement caractérisée par le fonctionnement habituel du refoulement, avec une origine

hypothétique résultant à la fois de l'éducation et des conditions organiques et héréditaires (Denis, 2004).

Pendant la période de latence, l'enfant utilise le mécanisme de refoulement, impliquant le désinvestissement de représentations et d'activités symboliquement significatives. Cela conduit à une organisation marquée par une forte dimension narcissique, accentuée par l'immaturité sexuelle qui limite les investissements objectaux en termes de forme et de champ. Comme toute organisation narcissique, celle qui se forme pendant la période de latence est fragile, et l'influence de l'environnement est cruciale. Bien que l'enfant puisse sembler raisonnable pendant cette période, il ne faut pas surestimer son autonomie. Il demeure très dépendant de l'affection, de l'intérêt et de la présence d'adultes engagés pour son équilibre psychologique. L'environnement des enfants de cet âge est particulier, avec un "holding" exercé par les parents et d'autres adultes, ainsi que des espaces comme l'école ou la cour de récréation où la présence d'adultes en soutien est essentielle (Denis, 2001).

Winnicott a souligné que la santé mentale est cruciale pendant la période de latence. Il a noté que l'enfant qui ne parvient pas à maintenir cette santé mentale pendant cette phase est cliniquement très vulnérable. Pour lui, la période de latence est un moment où l'enfant a besoin de soins pour se développer. Il a affirmé que là où il y a des enfants à la période de latence, il y a des adultes pour les prendre en charge, ce qui implique également la présence d'une école (Denis, 2004).

Durant cette période, les manifestations les plus bruyantes de la vie affective s'atténuent sans disparaître pour autant. Les intérêts et les jeux à caractère sexuel prennent une allure plus socialisée et s'accompagnent de demandes d'informations dans le domaine de la sexualité (Ferrari & Bonnot, 2012, p.7).

On assiste cependant à un certain désinvestissement du conflit œdipien au profit de nouvelles activités : développement intellectuel, acquisition de connaissances scolaires et extrascolaires, apprentissages divers (Ferrari & Bonnot, 2012, p.7).

Les relations d'objet se diversifient en s'étendant hors du secteur familial. Parallèlement, les relations avec les parents perdent une partie de leur importance et se modifient. L'hostilité s'atténue tandis que l'attachement incestueux est remplacé par l'affection. Durant cette période le psychisme de l'enfant subit de profonds remaniements. Le moi se renforce, il perçoit mieux la réalité, exerce de mieux en mieux ses capacités de

raisonnement et d'opération logique. Les deux processus de refoulement et de sublimation acquièrent une importance particulière et conduisent aux dynamiques d'apprentissage et de curiosités de cette période. Le refoulement porte sur les représentations mentales liées à la sexualité et aux conflits œdipiens, il explique l'amnésie de l'adulte sur cette période. Quant à la sublimation, elle autorise la déssexualisation des pulsions et leur orientation vers des buts non proprement sexuels et chargés de valeur sociale (scolaires, professionnels, etc.) (Ferrari & Bonnot, 2012, p.7).

5. La prévalence des enfants :

5.1. Les enfants dans le monde :

Aujourd'hui nous comptons plus de 2,2 milliards d'enfants dans le monde. Près de deux milliards, vivent dans les pays en développement. Selon le pays dans lequel il vit, un enfant n'aura pas les mêmes conditions de vie et ne jouira pas des mêmes droits. (<https://www.humanium.org/fr/enfants-monde/>)

5.2. Les enfants en Algérie :

Les chiffres consultés sur le site de l'office national des statistiques indiquent qu'en 2020, la part de la population âgée de moins de cinq ans est de 11.5% et celle âgée de 5 à 9ans Constitue 10.5 et la population âgée de moins de 15ans est de 30.6%. À noter que la population est estimée à 44 244 000 personnes en cette même année (ONS, 2020, p. 2).

Tableau N°1 : structure de la population par âge et sexe (pour 10 000) au 01/07/2020.

Groupe d'âge	Masculin	Féminin	Ensemble
00 ans	115	109	224
01-04 ans	475	449	925
05-09 ans	542	512	1054
10-14 ans	444	418	862
15-19 ans	347	331	678

(ONS, 2020, p.10).

Nous n'avons retiré que les tranches d'âge relatives à l'enfance.

6. Les droits de l'enfant :**6.1. Dans le monde :**

Dr Janusz Korczak (1878-1942) : le père des droits de l'enfant Janusz Korczak, Henryk Goldszmit de son vrai nom, était, en Pologne, avant la Seconde Guerre mondiale, l'une des personnalités scientifiques les plus en vue et les plus respectées. Ami des enfants, médecin-pédiatre et écrivain, il a œuvré, dès le début du XXe siècle, à une refonte complète de l'éducation et du statut de l'enfant, privilégiant la sauvegarde et le respect absolu de l'enfance. Il fut le premier à affirmer, dans les années 20, les droits spécifiques des enfants et à réclamer pour eux une Charte de la Société des Nations. Ses idées ont beaucoup inspiré la Convention internationale des droits de l'enfant. En 1942, il refuse d'abandonner les pensionnaires des orphelinats qu'il a créés arrêtés par la Gestapo, et les suit au camp de Treblinka, où il est assassiné avec eux. (Unicef, 2009, p.4)

L'enfant est un adulte en devenir. La plupart des droits de l'enfant sont des applications particulières des Droits de l'Homme (par exemple, la liberté religieuse) ou le droit de devenir un homme. C'est dans cette seconde perspective que se situent toutes les règles de protection et d'éducation de l'enfant, qui doivent lui permettre de grandir, ce qui est l'occupation essentielle de l'enfant. De la bonne réussite de l'éducation de l'enfant dépendent non seulement son avenir propre, mais encore celui de toute la société où il s'insérera. Les droits de l'enfant vont se modifier au cours de sa croissance : les droits d'un enfant de quelques jours ne sauraient être les mêmes que ceux d'un enfant proche de la majorité (Françoise, 2010).

La notion des "droits de l'enfant" englobe différentes perspectives. Traditionnellement, elle était vue comme un ensemble de droits applicables à l'enfant, bien que cette vision historique fût souvent centrée sur les droits que les adultes avaient sur les enfants, comme le pouvoir parental dans le droit romain ou français ancien. Cependant, au XIXe siècle, il y a eu une prise de conscience croissante de la nécessité de protéger les enfants, que ce soit contre leur propre famille ou leurs employeurs. Une évolution significative est survenue avec les instruments internationaux tels que la Déclaration des droits de l'enfant de 1959 et surtout la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant de 1989, adoptée en France en 1990. Ces textes ont changé la perspective en considérant l'enfant comme un sujet de droits plutôt que simplement un objet de protection ou d'éducation (Françoise, 2010).

Cette transition reflète le mouvement global de promotion des droits de l'homme, où l'enfant est maintenant reconnu comme une personne à part entière, dotée de libertés et de droits à être respectés par la société (Françoise, 2010).

Concrètement, l'Unicef met en place des programmes élaborés en étroite relation avec les droits énoncés dans la CIDE.

Le droit à l'identité : mobilisation communautaire autour des droits civils des enfants, enregistrement des naissances...

Le droit à la santé : vaccination, prévention et lutte contre le VIH-sida, soins préventifs auprès des mères et des communautés, distribution de suppléments nutritionnels, de moustiquaires imprégnées, de médicaments...

Le droit à l'éducation : formation des enseignants et éducateurs, distribution de matériel scolaire, mobilisation communautaire, construction d'écoles et d'infrastructures d'eau et d'assainissement dans les écoles...

Le droit à la protection : identification et réinsertion familiale des enfants victimes de la traite, prise en charge médicopsycho-sociale des enfants victimes d'exploitation sexuelle, démobilisation et réinsertion d'enfants soldats, prise en charge et protection des enfants orphelins et vulnérables...

Le droit à la participation : promotion des parlements d'enfants, mise en place de programmes participatifs ou impliquant des pairs éducateurs... (Unicef, 2009, p.10).

La protection de l'enfance est aujourd'hui définie par la loi du 5 mars 2007 de manière relativement large. Selon ce texte, les interventions mises en œuvre auprès des familles en difficulté ont une double dimension, à la fois préventive et curative. Elle recouvre ainsi des actions variées aussi bien envers les mineurs et leurs familles, qu'envers les jeunes majeurs, les mineurs isolés étrangers ou encore les enfants abandonnés et orphelins.

Pour aller plus loin Selon la loi, la protection de l'enfance a « pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. » La loi ajoute que ces interventions « peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leurs équilibres

», ou avoir pour finalité de « prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leurs familles ». (Flore, 2015, p. 3).

6.2. En Afrique :

La Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (CADBE) :

Lors de l'élaboration de la Convention Internationale des droits de l'enfant (CIDE), la sous-représentation des États africains lors des travaux préparatoires (Etaient présents : Algérie, Maroc, Sénégal, Égypte), la non prise en compte des spécificités africaines (enfants dans les conflits armés, enfants sous le régime de l'apartheid, mariages d'enfants, mutilations génitales féminines...) ainsi que la volonté de renforcer la protection des droits des enfants en Afrique, a incité l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) à élaborer le premier traité régional portant sur les droits et le bien-être des enfants. Et pour la première fois, la notion de « bien-être » est accolée à la notion des droits. Au-delà de bénéficier de ses droits élémentaires, il s'agit pour le législateur de s'assurer que les enfants vivent dans un souci d'équilibre psychologique. A quoi cela servirait d'avoir près de 100% de ses enfants scolarisés, si cela se passe dans un climat anxiogène et affectivement perturbant ? La charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant, fut adoptée par la 26ème Conférence des Chefs d'État et de Gouvernement de l'OUA et entrée en vigueur le 29 novembre 1999 après sa ratification par 15 pays. De nos jours, elle est ratifiée par 47 pays (53 si on comptabilise également ceux qui l'ont simplement signée et non ratifiée) soit près de 87% des États membres de l'Union Africaine (Bourrouayel & Delladj, 2022, p.746).

En conclusion, la Charte Africaine, intègre l'enfant dans la notion de « groupe », et lui impose, à la différence de la CIDE, des devoirs. Elle précise, dans son article 31, que « Tout enfant a des responsabilités envers sa famille, la société, l'État et toute autre communauté reconnue légalement ainsi qu'envers la communauté internationale ». L'importance donnée au groupe et à la communauté dans le texte Africain, reflète la prise en compte des coutumes sur le continent africain (Nadia, B., Fatma, D, 2022, p.747)

6.3. En Algérie :

En 2003, le parlement algérien adopte une loi sur l'éducation qui interdit les châtiments corporels, les services moraux et toutes formes de brimades.

Entre 2008 et 2015, un plan national d'action pour les enfants guide l'action gouvernementale.

En 2015, l'Algérie a promulgué la loi N 15-12 du 15 juillet 2015 qui fixe les mécanisme et mesures de protection de l'enfant.

En 2016, elle pénalise le travail des enfants.

En 2020, elle consacre les droits des enfants à travers l'article 71 suite à la dernière révision constitutionnelle.

II. Enfant abandonné

Préambule partiel :

L'abandon d'un enfant est un sujet profondément étudié, car il a des implications majeures sur le développement émotionnel et psychologique de l'enfant. L'abandon peut se produire de différentes manières, qu'il s'agisse d'un abandon physique, affectif ou émotionnel. Sur le plan psychologique, l'abandon peut causer des traumatismes et des blessures émotionnelles profondes chez l'enfant, qui peuvent avoir des répercussions à long terme sur sa santé mentale et son bien-être.

1. Aperçu historique de l'abandon :

L'abandon de l'enfant est une pratique très ancienne, et qui a toujours préoccupé les sociétés. (Rollet, 2007, p.7)

Abandonner les enfants est une pratique millénaire. Dans l'Antiquité grecque et romaine, l'abandon des nouveau-nés (en particulier des filles, qu'on devait doter) pour éviter les familles trop nombreuses était un acte banal. Une tradition appelée l'« exposition » avait lieu dans les minutes suivant la naissance, car donner des soins et vêtir le bébé aurait signifié qu'il était accepté. Cette décision appartenait au père, qui avait droit de vie et de mort sur sa progéniture. Cet usage fut interdit et puni de mort au IV^e siècle après Jésus-Christ, remplacé par la vente des enfants à des marchands d'esclaves. Ils pouvaient aussi être offerts à l'Église (les oblates étaient confiés à un monastère), soit pour augmenter la communauté soit en vue d'une adoption. Cette pratique n'existait ni chez les Égyptiens, ni les Hébreux, ni les Germains. Si le Moyen Âge a sévèrement condamné l'infanticide et l'abandon des enfants, c'est aussi à partir du IV^e siècle qu'ils sont exposés sur les parvis des églises. Puis l'évêque d'Angers fonde le premier asile pour enfants abandonnés. Plus généralement, en Europe, ces enfants, même les plus âgés, sont pris en charge par l'État ou l'Église, avec par exemple la maison de la Couche fondée par le prêtre Vincent de Paul (devenu saint Vincent de Paul) et Louise de Marillac secondée par les Filles de la Charité en 1640. À partir du XV^e siècle en Italie et du XVII^e siècle

dans les autres pays européens, des « tours d'abandon » sont créées, utilisées... jusqu'au début du XXe siècle ! Les enfants déposés là sont exilés pour peupler les colonies.

C'est le déplacement des populations vers les grandes villes qui a provoqué les premiers abandons d'enfants pour des raisons économiques. Chez les grecs, les hindous et chez les romains, l'abandon des nourrissons ne posait aucun problème morale ou juridique. Les bébés non désirés par leurs parents étaient vendus ou exposés sur la place publique. À Rome, de l'an 300 avant j-c, à environ 500 après j-c entre 20 à 40% des bébés étaient abandonnés à la naissance (Gagnon, 2020, p.26).

Sous la Révolution, l'État prend en charge les « enfants de la patrie » abandonnés, grâce à la loi du 28 juin 1793. Ils sont confiés à des paysans. C'est le duc de La Rochefoucauld-Liancourt qui initie cette forme d'assistance, ouvrant la voie à ce qui existera au XXe siècle sous le nom de droits de l'enfant.

Ainsi, l'acte d'abandon d'enfant a toujours été présent dans les contes, les légendes et les mythes de divers peuples et civilisations à travers l'histoire. Il semble être un élément central de nombreux récits fondateurs. Par exemple, dans la Grèce antique, le mythe d'Œdipe tel qu'il est écrit par Sophocle et popularisé par S. Freud, ainsi qu'en Égypte où Moïse est abandonné sur les eaux du Nil et recueilli par la sœur du pharaon, ou encore l'histoire de Romulus et Rémus, recueillis par une louve, qui reviennent pour fonder Rome. De même, l'histoire relate qu'Ismaël et Agar ont été abandonnés dans le désert par Abraham, entre les deux collines de Safa et Marwa, près de La Mecque (Mimouni-Moutassem, 2001).

Une analyse approfondie des religions révèle que les prophètes ont souvent été soit abandonnés, soit exposés, soit ont perdu leurs parents précocement. Moïse et Joseph (dans la tradition juive) ont été abandonnés, Jésus-Christ (dans le christianisme) n'avait pas de père connu, et le prophète Muhammad (dans l'islam) a perdu ses parents très tôt. Tous ont éprouvé des lacunes dues à l'abandon, à l'absence et/ou à la perte, ce qui semble constituer un terreau fertile pour l'émergence de la parole et du symbolique (Mimouni-Moutassem, 2001).

Dans les pays musulmans l'abandon d'enfants était toléré, mais de manière non officielle. Les mères pouvaient accoucher anonymement et déposer leurs bébés dans les endroits discrets, mais sans se faire prendre. Dans les pays où s'applique la loi coranique, on a instauré un système de placements d'enfants, la kafala, qui permet à des musulmans de prendre en charge des enfants abandonnés (Gagnon, 2020, p.27).

2. Définition de l'abandon :

Action de délaisser un être, de ne plus s'en occuper, de s'en détourner. Toute situation qui distend ou rompt des liens affectifs peut être vécue comme un abandon. Par exemple : le placement en pension d'un d'écopier difficile suscite habituellement, chez celui-ci l'impression d'être laissé sans soutien dans un milieu hostile, voire dangereux. Chez l'adulte aussi, la désapprobation par une personne chère, la rupture ou le retrait d'amour, l'éloignement ou le décès d'un proche parent sont susceptibles d'être vécus comme autant d'abandons. Le sujet peut réagir par l'accablement ou l'agressivité. L'évènement présent joue un rôle de révélateur, ayant réactivé des expériences infantiles pénibles, il fait apparaître la structure psychique latente et peut engendrer des conduites névrotiques (dépression*, par exemple) (Sillamy, 2003, p.1)

Selon le manuel alphabétique de psychiatrie, l'abandon est : *« l'absence, le relâchement ou la rupture d'un lien affectif de soutien, entraînant le plus souvent la faillite des obligations morales ou matériels qui s'y trouvent rattachées ; le désarroi moral, le préjudice social souvent causées à la victime sont des conditions propices à l'éclosion chez cette dernière de troubles névrotique ou psychotiques réactionnel, troubles dont l'intensité, la durée et les répercussions lointaines varient suivants les sujets et les circonstances »* (Gaspari, 2001, p.10)

L'abandon est défini comme suit *« absence, disparition ou rupture d'un bien affectif de soutien, considéré comme essentiel. Les répercussions de ce traumatisme varient en fonction des circonstances, de la structure de la personnalité et de l'âge de sujet »* (Cottureau, 2005, p.1)

Enfant abandonné :

C'est un *« enfant sans famille, sans père, conçu hors du cadre légal du mariage. La plupart d'entre eux sont nés dans des hôpitaux désignés par une matricule, ensuite placés dans des pouponnières après dans des cités d'enfance »* (Kellou-Djithi, 2017, p.1)

Ainsi, on comprend que l'enfant est souvent abandonné car il s'agit d'une naissance hors mariage.

3. Les types de d'abandon :

Le premier type d'abandon, spécifiquement un abandon émotionnel, se produit lorsqu'un parent est absent, souvent accaparé par le travail. Ce parent ne peut pas offrir à l'enfant une régularité dans les moments partagés ensemble. Cette forme d'abandon est généralement

associée à une mère célibataire ayant des relations instables et de courte durée, des difficultés financières, ou ayant vécu un divorce. La présence de la mère peut être sporadique à certains moments et oppressante à d'autres, c'est-à-dire excessive pour l'enfant qui ne reçoit pas de manière constante l'affection dont il a besoin. Cette instabilité aura un impact sur le comportement de l'enfant. Ce type d'abandon est souvent répétitif, signifiant que le parent (la mère) fait vivre à l'enfant ce qu'elle-même a vécu (Lemay, 2016).

Le deuxième type d'abandon concerne un parent qui se trouve dans l'impossibilité d'assumer la garde de son enfant. Celui-ci est souvent placé en famille d'accueil, mais cette situation peut également être temporaire. Les déplacements fréquents de l'enfant d'un lieu à un autre l'empêche de construire des relations stables, et à chaque changement de placement, l'espoir d'une intégration permanente renaît. Cela engendre une méfiance de l'enfant envers les autres lorsqu'il tente de nouer des liens, entraînant une certaine distance entre lui et autrui. Dans cette situation, il s'agit d'un abandon complet sur le plan physique et émotionnel (Lemay, 2016).

Le troisième type d'abandon peut être décrit comme un "semi-abandon". Il concerne les familles aisées qui sont souvent absorbées par leur travail et peu présentes pour leur enfant. Par conséquent, l'enfant est en quelque sorte élevé par différents serviteurs qui ne sont pas permanents. Il a accès à tout ce qu'il désire, comme des objets coûteux et diverses distractions. Cependant, il subit les mêmes perturbations émotionnelles que les cas précédents en raison de l'absence des parents et de l'instabilité de ses éducateurs. La richesse familiale masque le manque d'attention et d'affection des parents (Lemay., 2016).

- Refus de l'enfant durant la grossesse.
- Abandon de l'enfant à sa naissance.
- Enfant négligé : accueilli à contrecœur, rejeté affectivement et émotionnellement, privé de soins et/ou d'attention à ses besoins.
- Enfant maltraité (psychologiquement, émotionnellement, physiquement, sexuellement).
- Enfant éloigné trop tôt du foyer familial.
- Séparation contre son gré (rupture amicale ou amoureuse).
- Deuil vécu comme un abandon.

Pour tous les spécialistes, la personne dite « abandonnique » est dans une quête constante d'amour afin de compenser les carences affectives dues à une séparation traumatisante ayant eu lieu le plus souvent dans l'enfance. Pourtant cette recherche s'accompagne très souvent d'un refus inconscient de créer des liens forts par peur de la rupture.

S'ensuit l'inlassable répétition de séparations (provoquées, parfois inconsciemment) vécues comme des abandons. L'avidité affective n'est jamais comblée. (Sylvie, 2020p.17)

4. Les causes de l'abandon :

- La misère, la grande pauvreté, ne permettent pas de subvenir aux besoins de l'enfant.
- Quand la mère, seule, est dans une situation très difficile (sans emploi, sans famille), elle préfère que son enfant soit élevé dans de bonnes conditions.
- Les problèmes de couple : divorce, remariage, éloignement d'un des parents, abandon de la mère par le père quand il apprend la grossesse.
- Décès de l'un des parents et absence de famille.
- Enfants retirés à leurs parents, trop déficients (irresponsabilité, maltraitance avérée, addictions, violence, prison).
- Parents handicapés ou gravement malades, sans famille.
- Enfant handicapé ou malade, refusé par ses parents.
- Grossesse à la suite d'un viol ou d'un inceste (qui est aussi un viol). Ces abandons sont très traumatisants.

Ils génèrent chez l'adulte que l'enfant deviendra la terreur d'être abandonné. L'un des problèmes majeurs est l'ignorance sur ses ascendants. Dans de nombreux formulaires d'état civil, tout au long du parcours scolaire et dans les formalités administratives, des questions banales sont posées : « fils de... » « Fille de... » Qu'écrire ? « Fils (ou fille) de personne » ? Comment construire son sentiment d'identité sans généalogie ? Tout enfant a le droit de pouvoir répondre à la question « Qui suis-je ? » Une question lancinante et obsédante pour les enfants abandonnés (Sylvie, 2020, p.31).

5. Abandon et genre :

Les parents qui abandonnent sont dans leur grande majorité des mères seules. Abandonneuse emblématique puisqu'elle subit en même temps la pauvreté et l'opprobre, la mère célibataire a longtemps incarné la transgression de la morale sexuelle et de l'ordre matrimonial ; pourtant, soucieuse de cacher sa « faute » à ses parents ou sommée par ceux-ci de réparer le déshonneur que son inconduite inflige à la famille, l'abandon qu'elle accomplit semble souvent témoigner de sa soumission à la norme et de son puissant désir de conformité sociale. Délaissée par le père

de l'enfant, contrainte par le sien, elle témoigne en outre de ce que, par leur absence ou leur omniprésence, les hommes, même s'ils n'accomplissent qu'une part infime des abandons, sont des acteurs essentiels du délaissement d'enfants. Filles-mères d'hier, familles monoparentales ou mères adolescentes d'aujourd'hui, toutes identifiées comme populations « à risques », témoignent de ce que le célibat maternel, en même temps qu'il évoque une sexualité féminine dérangeante, constitue à la fois un modèle familial inquiétant et une catégorie souvent prioritaire de l'intervention publique. L'étude de leurs rapports avec les institutions qui recueillent leurs enfants ou qui tentent de les dissuader de s'en séparer en leur proposant aide et assistance, invite à s'interroger, à la lumière des gendres Studies qui ont démontré le rôle des politiques sociales dans la construction des identités sexuées : les mesures d'assistance dont elles sont l'objet ne contribuent-elles pas à maintenir les mères célibataires dans une identité d'infirmités sociales et de femmes fautives

6. Le statut des enfants assistés :

Le statut de l'enfant assisté se construit progressivement du Directoire à la loi du 27 juin 1904. La Révolution trace la voie d'une prise en charge par l'État et le Directoire prend un arrêté (20 mars 1797), pour améliorer le sort des enfants pauvres et abandonnés afin de les élever et de les instruire. Ils ne devront pas être gardés dans les hospices mais placés chez des nourrices ou mis en pension chez les particuliers. L'hospice est donc considéré comme un lieu de dépôt temporaire mais la durée minimum du séjour n'est pas fixée. Les enfants devront être élevés chez les nourrices jusqu'à l'âge de douze ans et ensuite les hospices civils seront tenus de les placer ailleurs ; si les nourrices refusent de les garder, il conviendra de leur trouver un autre lieu de placement. Remarquons au passage que s'inscrit là le principe du placement familial comme le mode de placement privilégié des enfants en difficulté, principe qui marquera pendant de nombreuses années les pratiques de placement. (Chaponnais, 2009, p9)

Cette voie de l'assistance est poursuivie par Napoléon qui signe un décret le 4 février 1805 relatif à la tutelle administrative des enfants admis dans les hospices. Tous les enfants admis à l'hospice sont alors sous l'autorité d'une commission administrative qui fait fonction de tutelle et dont l'exécutif est confié à des inspecteurs départementaux¹.

La générosité d'accueil que la Révolution avait introduite conduit à une augmentation spectaculaire des enfants abandonnés. Napoléon ordonne une enquête, à la suite de laquelle il fait paraître un décret relatif aux enfants confiés à la charité publique (19 janvier 1811). L'article

premier définit un premier statut pour trois types de bénéficiaires : les enfants trouvés, les enfants abandonnés, les orphelins pauvres.

Le décret fixe les modalités de prise en charge financière et administrative de ces trois catégories d'enfants y compris pour les infirmes et les « estropiés » qui resteront à la charge de l'hospice alors que les autres iront en apprentissages après l'âge de 12 ans. Les garçons iront chez les laboureurs ou les artisans, les filles « chez des ménagères, couturières ou dans les fabriques ou manufactures ».

La loi du 27 juin 1904, dite « loi sur le service des enfants assistés² », est fondatrice de ce que l'on appelle depuis 1956 l'Aide sociale à l'enfance. Elle décrit précisément les bénéficiaires, les conditions d'attribution des secours aux femmes veuves, divorcées ou abandonnées par leur mari, l'accession au statut de pupille de l'Assistance publique, le régime tutélaire pour les pupilles et son fonctionnement, le rôle des inspecteurs départementaux, la notion de secret pour le personnel de l'administration, le cadre budgétaire des établissements dépositaires et des frais d'inspection. (Chaponnais, 2009, p10)

La loi utilise explicitement le terme de « lieu de placement » pour désigner aussi bien les établissements dépositaires et les lieux nourriciers. Quant à la répartition des enfants dans les différents lieux de placement, l'article 21 précise que les pupilles de moins de treize ans doivent être confiés à des familles habitant la campagne. À noter que ce même article recommande le maintien des fratries : les frères et sœurs sont placés dans la même famille ou la même commune. Le lieu de placement est tenu secret (art. 22) à moins que l'intérêt de l'enfant exige le contraire. Cet article vise expressément à limiter les abandons considérés comme « de confort 1 » (Chaponnais, 2009, p11).

Synthèse :

L'enfant représente une phase de croissance et de développement caractérisée par des changements physiques, émotionnels, sociaux et cognitifs significatifs. Durant cette période, l'enfant explore le monde qui l'entoure, développe des compétences linguistiques, émotionnelles et sociales, et établit des relations avec son environnement et les autres individus. Les premières années de vie sont cruciales pour la construction de l'identité, de l'estime de soi et des compétences sociales qui influenceront le reste de sa vie. L'attention portée à l'enfant, son éducation, son environnement familial et social jouent un rôle déterminant dans son développement global et son bien-être.

Toutefois, certains enfants se retrouvent abandonnés, souvent à partir de la naissance et de ce fait placé en institution cela peut avoir des répercussions importantes sur leur développement.

Dans ce qui suit nous allons présenter le deuxième chapitre portant sur le vécu de l'abandon, entre dépression et résilience.

Chapitre II

Vécu en établissement pour enfants assistés : entre dépression et résilience

Préambule :

Tous les enfants ont besoin d'une famille pour un bon développement, mais parmi les facteurs qui peuvent perturber leur développement, c'est l'abandon le placement dans un établissement des enfants assisté.

Le vécu en établissement pour enfants assistés peut avoir un impact significatif sur leur santé psychologique, avec des défis tels que la séparation de la famille, un environnement différent, des relations sociales changeantes, un manque de stabilité affective, et parfois des expériences traumatisantes. Cela peut entraîner des difficultés psychologiques comme la dépression, caractérisée par des symptômes tels que la tristesse persistante, le repli sur soi, et des problèmes de sommeil et d'appétit. Cependant, malgré ces défis, de nombreux enfants montrent de la résilience, sont capable de surmonter les obstacles et de maintenir un bien-être avec un environnement sûr, des relations positives, un soutien émotionnel approprié, des activités de développement personnel, et en valorisant leurs forces et capacités.

Dans ce chapitre on va aborder deux sections, relatives aux deux indicateurs retenus dans l'exploration du vécu de l'abandon, à savoir la dépression et la résilience.

II. La Dépression :

La dépression chez les enfants peut souvent passer inaperçue car elle peut se présenter différemment chez eux par rapport aux adultes. Certains signes courants incluent la tristesse persistante, les changements d'appétit ou de sommeil, la perte d'intérêt pour les activités qu'ils aimaient auparavant et des troubles de comportement.

1. Histoire de la dépression chez l'enfant :

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : la « mélancolie », la dépression, la « manie », terme ayant connu un sort plus chaotique. Bien entendu, au sens strict, la manie n'a rien à faire avec la dépression puisqu'il s'agit de l'inverse, mais, comme il peut y avoir alternance entre les deux états ou leurs formes atténuées, il convient de tous les présenter. On aura compris que si la rigueur veut que l'on parle de « troubles de l'humeur » ou de « troubles thymiques » (hyperthymie, athymie, dépression) l'habitude fait que l'on utilise souvent « troubles thymiques » ou « états dépressifs » comme synonymes inappropriés (Jean & Bernoussi 2005, p9).

Par conséquent, l'existence des états dépressifs est attestée dans les plus anciens textes médicaux de l'Antiquité. Homère en parlait dans le chant VI de l'Iliade à propos de Bellérophon qui subit la colère des dieux : il errait seul dans la plaine d'Alcion, le cœur dévoré de chagrin,

évitant les traces des hommes. Pour Hippocrate, la mélancolie était liée à un excès de bile noire. Au Moyen Âge, la mélancolie est envisagée sous un prisme théologique et conçu comme un châtiment divin. On parle d'acédie pour décrire cet état de « tristesse accablante » et de « torpeur de l'esprit » auquel se laissent aller les moines par trop oisifs. Luther dira d'ailleurs de la mélancolie qu'elle est « le bain du diable ». Dans sa magistrale *Anatomy of melancholy*, publiée en 1621, l'Anglais Robert Burton insiste sur le fait que cet affect peut se déclencher ou non en fonction du milieu dans lequel se trouve un individu (Chich & François, 2020, p35).

La dépression n'a cependant pas attendu le XIXe siècle pour exister et elle a été remarquée et décrite dès l'Antiquité. Tour à tour maladie, péché, volupté, elle est « l'humeur qui nourrit les grands hommes », un mal fécond et dangereux. Entre le Xe et le XIIIe siècle les Pères de l'Église nommaient ce mal *acedia*, du grec « négligence » ; celui qui en était atteint était représenté la tête appuyée sur la main, les pieds posés l'un sur l'autre, le corps replié sur lui-même, soumis à « un fléau pire que la peste qui s'insinue dans l'âme des meilleurs fi dèles¹ » et qui leur masque la voie du salut. Au XVIIe siècle, elle entre dans le champ d'investigation de la médecine scientifique ; la « mélancolie religieuse » remplace l'acédie ; certains mystiques sont considérés comme malades. La mélancolie, qui est une forme sévère de dépression selon nos critères actuels, attire l'attention par les particularités de la pensée dont elle s'accompagne, qualifiée de « délire partiel » par les aliénistes Pinel et Esquirol à la fin du XVIIIe siècle. Après un temps de transition à la Renaissance où cette souffrance signale la grandeur de l'esprit confronté à l'immensité du cosmos, elle devient, au XIXe siècle, la source d'inspiration par excellence du romantisme. Elle fut souvent considérée comme le prix à payer pour la liberté, le signe de l'indépendance humaine à l'égard de la nature, ce malaise existentiel traduisant la situation tragique de l'homme dans le monde, sa solitude dans l'univers et la perte d'une croyance en un retour possible au paradis. Le psychiatre allemand E. Kraepelin (1856-1926), en déclarant que la « psychose périodique maniaco-dépressive » est une maladie, fait définitivement entrer la mélancolie dans le domaine médical. L'histoire a progressivement dépossédé les théologiens et les philosophes de ce trouble pour le confier, il y a un peu plus d'un siècle, aux aliénistes et aux psychiatres (Fondacci, 2009, pp11-12).

De son côté, la psychanalyse apporte une révolution dans la compréhension des états dépressifs. En 1912, Karl Abraham est le premier à décrire l'ambivalence pulsionnelle des patients déprimés. Trois ans plus tard, dans *Deuil et mélancolie*, Freud montre comment, dans la mélancolie, le malade affronte non seulement une perte réelle, mais aussi une perte imaginaire, en retournant contre lui-même les reproches et l'agressivité destinés à l'objet perdu (qui peut être une personne mais aussi, par exemple, un idéal). En revanche, l'endeuillé se

trouve face à la difficulté de devoir détacher la libido investie sur l'objet perdu pour la réinvestir sur les objets du monde extérieur. En 1934, Mélanie Klein formule pour la première fois sa célèbre théorie de la « position dépressive » dans la formation du psychisme de l'enfant : grandir, c'est aussi apprendre à se séparer, et donc à faire l'expérience de la perte (Chich & François, 2020, pp35-36).

Depuis l'apparition des antidépresseurs à la fin des années 1950, des théories causales biologiques sont avancées, mettant en avant les déséquilibres de certains neuromédiateurs comme la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. On sait par ailleurs que le cortisol, libéré pour favoriser l'adaptation de l'organisme aux situations stressantes, est produit à des taux anormalement élevés chez les dépressifs : il s'ensuit une intoxication de l'hippocampe, région du cerveau impliquée dans la mémorisation et la création de nouveaux neurones. La vulnérabilité à la dépression et la précocité d'apparition des troubles pourraient être augmentées par des facteurs génétiques, agissant par exemple sur la production de sérotonine, qui contribue à moduler l'humeur, le sommeil, l'appétit... Les causes psychologiques et biologiques ne sont pas exclusives, et conditionnent les méthodes thérapeutiques. (Chich & Marmion, 2020, p36).

À partir des années 1990, une controverse a éclaté aux États-Unis puis en Europe concernant la surprescription d'antidépresseurs, l'extension de la prescription aux enfants et aux adolescents, et un risque accru de tendances suicidaires et d'automutilation chez des utilisateurs de ce type de traitements. S'il convient d'être particulièrement attentif les premières semaines de mise en place du traitement, quand les symptômes dépressifs sont très profonds, seule une prise en charge combinant psychothérapie et prise en charge médicamenteuse permet d'améliorer la situation (Chich & Marmion, 2020, p36).

Pour la notion de dépression délirante : La plupart des dépressions désignées par ce nouveau terme anglo-saxon rentreraient dans le cadre de la « mélancolie » telle qu'on la concevait (avant le DSM-III). L'intérêt de cette redécouverte réside dans la formulation d'une opposition entre thèmes congruents à l'humeur et thèmes non congruents :

-Thèmes congruents à l'humeur : culpabilité délirante, auto-accusations, idées hypocondriaques (certitude d'avoir une maladie mortelle, idées de négation d'organe), idées de ruine, de mort, d'influence maléfique, idées de persécution congruentes à l'humeur.

-Thèmes non congruents à l'humeur : thèmes de persécution en décalage avec l'humeur (on m'en veut, mais je n'ai rien à me reprocher), thèmes de références ou d'influence n'ayant pas de liens avec la thématique mélancolique.

Dans le DSM-IV, parmi les « spécifications décrivant l'épisode le plus récent », est précisée, entre autres, « sévère avec caractéristiques psychotiques » qui est une spécification

applicable à toutes les formes dépressives ou maniaques. Pour l'épisode dépressif majeur, la spécification « sévère avec caractéristiques psychotiques » indique la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations. La plupart du temps, ces idées délirantes et hallucinations sont congruentes à l'humeur. Ce sont des idées délirantes à thème de culpabilité, de punition méritée, de nihilisme à thème somatique de ruine.

Les hallucinations sont pauvres, essentiellement auditives et transitoires. Les idées délirantes non congruentes à l'humeur sont à thème de persécution, de pensées imposées, de diffusion de la pensée et d'influence (Louis & Bernoussi 2005, p49).

La dépression névrotique : Cette notion était déjà présente chez Kraepelin et elle continue d'être employée, tout en étant maintenant contestée. Dans la période post-kraepelin, elle s'opposait en fait à la mélancolie pour désigner un état dans lequel les symptômes étaient moins sévères. Par ailleurs, il est classique de souligner que l'existence de la dépression chez l'enfant a été longtemps méconnue, voire niée. Les causes de cette méconnaissance sont multiples, il peut être difficile de retrouver chez un enfant des symptômes analogues à ceux rencontrés dans la dépression de l'adulte. D'un point de vue de l'adulte, il peut être difficile de concevoir et d'accepter qu'un enfant puisse être accessible à une souffrance dépressive. Enfin, l'image de l'enfant soi que véhicule souvent l'imaginaire social (Ferrari & Bonnot 2012, p.355) Tout ceci explique sans doute qu'il ait fallu attendre les années 1950, avec notamment les travaux de J. Campbell et surtout ceux de J. Sandler pour que soit reconnu la réalité de la dépression chez l'enfant (Ferrari & 2012, p.355)

Ainsi, les troubles de l'humeur chez l'enfant ont donc été considérés comme exceptionnels jusqu'aux années soixante. Cette méconnaissance a conduit certains auteurs à parler d'une conspiration du silence des adultes pour ignorer les symptômes dépressifs chez l'enfant (Arbisio, 2003, p.31)

Par conséquent, ce n'est qu'à partir des années 1970, que la possibilité d'une souffrance dépressive avant la puberté est reconnue.

Aujourd'hui, non seulement la réalité des pathologies dépressives de l'enfance est admise, mais leur statut est devenu une question centrale en psychopathologie de l'enfant (Arbisio, 2003, p.31).

En effet, jusqu'à cette date, plusieurs auteurs soutenaient que la dépression n'existait pas chez l'enfant du fait de la maturation incomplète des instances psychiques. En revanche, le concept de position dépressive comme stade fondamental et normal du développement de l'enfant a fait l'objet d'une riche élaboration théorique, dans la première moitié du 20^{ème} siècle (Klein). Par ailleurs, les effets de la séparation chez le nouveau-né (Spitz) et l'enfant (A. Freud

et D. burlingham) ont été étudié, et l'existence d'une souffrance d'une souffrance clinique a été reconnue (FFP, 1995, p.7).

A partir de 1970, plusieurs travaux ont relevé l'existence de symptômes dépressifs chez les sujets prépubères nettement différenciés par apport au repli autistique et à la sémiologie de la psychose infantile. Il paraît donc important de poser le diagnostic de dépression pathologique chez l'enfant (FFP, 1995, p.7)

Nous allons à présent passer à la définition de la dépression.

2. Définition de la dépression chez l'enfant :

Aurelio Buarque de Holanda Ferreira définit la dépression "*abaissement de niveau, résultant de la pression ou du poids, abaissement de terrain ou encore abattement moral ou physique, léthargie*" (Claro. p, 21).

Le dictionnaire Larousse universel de 1922 la définit ainsi : « *Enfoncement, abaissement naturel ou accidentel du sol (une vallée est une dépression du sol) ; abaissement par la pression en physique ; dépression atmosphérique : les dépressions sont plus durables quand elles s'établissent sur la mer. Elles engendrent le mauvais temps.* » (Braconnier & Golse, 2010, p243)

Selon le dictionnaire de la psychologie c'est un « *état morbide, plus ou moins durable caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie* ». (Sillamy, 2003, p79).

C'est un « *État psychique caractérisé par un trouble de l'humeur dans le sens d'une diminution de l'élan vital, avec tristesse, ralentissement idéomoteur et psychomoteur, douleur psychique et physique, dérèglements neurovégétatifs.* » (Cabrol & Durieux et Parat, 2012, p8).

Ainsi, La dépression est une maladie des sentiments, du ressenti, dont le degré peut varier beaucoup d'une personne à l'autre. Elle peut aller d'une tristesse inhabituelle, mais ponctuelle, à un désespoir absolu marqué par un sentiment d'impuissance et un abattement extrême. Lors d'une dépression sévère, même les fonctions du corps sont affectées (Trickett, 2013, p19).

La dépression est, quant à elle, plus diffuse. Les patients décrivent un manque d'élan, une perte d'énergie, un frein motivationnel, une dévalorisation d'eux-mêmes (Palazzolo, 2007, p11).

La dépression est un trouble psychiatrique caractérisé par une altération de l'humeur allant de la tristesse à la mélancolie. C'est un Etat pathologique marqué par une tristesse avec douleurs morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur (Sarron & Aurélie, 2013, p06).

La dépression existe aussi chez l'enfant. Elle se manifeste, généralement, par un dérèglement de l'humeur (ennui, désintérêt, indifférence) et des troubles du comportement (instabilité, agressivité, opposition, baisse du rendement scolaire, boulimie ou anorexie parfois énurésie). L'une des causes de ces désordres est le dommage subi par les parents (Sillamy, 2003, p80).

3. Les types de dépression chez l'enfant :

Les critères diagnostiques des classifications les plus utilisées, en particulier DSM-IV, ne solutionnent pas cette difficulté. Ainsi en 1992, un travail de Papazian et coll. montrait la complexité du concept de dépression chez l'enfant en comparant les résultats d'une triple démarche : entretien clinique libre, échelle d'évaluation (CDRS-R de Poznanski) et les critères du DSM-III. Ces auteurs isolaient deux types de dépression :

3.1 L'une inscrite dans une structure de personnalité type névrotique :

Elle reliée souvent à la perte « d'un être cher ou d'un animal domestique » apparaît typiquement comme un « épisode dépressif ». Les symptômes de tristesse, de peur de perdre un parent, de maux de ventre ou de tête, de peur de l'échec et de sentiment d'être nul, d'être une charge pour les parents, les problèmes d'endormissement dominant alors le tableau clinique.

3.2 L'autre associée à des troubles de la personnalité.

À l'opposé, les enfants présentant des troubles de la personnalité souffraient « d'une histoire dramatique, plus durable » et la sémiologie était dominée, outre le sentiment d'être nul, par l'agressivité, un sentiment d'injustice, de ne pas être aimé, une agitation, des difficultés à s'endormir. La concordance entre l'évaluation clinique, l'évaluation par la CDRS-R et celle par le DSMIII était faible, peut-être encore un peu plus avec les critères DSM-III. Cette concordance était encore plus faible lorsqu'il s'agissait d'état dépressif avec troubles de la personnalité. Il est probable que les conclusions seraient identiques avec les critères du DSM-IV (Marcelli, 2003, p65).

4. Symptomatologie de la dépression chez l'enfant :

Depuis quelques années on parle de dépression chez l'enfant, que ce soit dans les approches psychiatriques, ou descriptives, ou psycho dynamique.

La dépression chez l'enfant ne se manifeste pas par la même symptomatologie que chez l'adulte. Le trouble de l'humeur et très rarement verbalisé comme tel par l'enfant, l'inhibition dépressive est généralement traduite par des difficultés scolaires, le ralentissement se traduit par une fatigabilité ou un isolement. Les manifestations somatiques sont, quant à elles, particulièrement visibles (difficultés de sommeil, énurésie, douleurs, anorexie). Les études épidémiologiques, dont les résultats varient en fonction des outils utilisés, estiment que la prévalence chez les enfants de 6 à 12ans est inférieure à 3 %.

L'enfant en fonction de son âge se plaint parfois de n'avoir envie de rien, de ses déficiences, de ne pas y arriver, d'être sans amour, seul, coupable et ce de manière assez brusque (Louis & Bernoussi ,2005).

Le syndrome Dépressif franc est rare chez l'enfant, il est le plus souvent atypique. On retrouve ainsi un syndrome atypique avec au premier plan :

- Des plaintes physiques ou fonctionnelles très fréquentes : insomnie, anorexie ou boulimie, énurésie, encoprésie
- Des troubles du comportement : agitation, instabilité avec manifestation hétéro-agressives, attitude de retrait, passivité, absence de jeu
- Une anxiété importante, un histrionisme avec dépendance affective
- Des difficultés scolaires récentes, un désintérêt (Peretti, 2013, pp38-39).

La symptomatologie de l'enfant s'organise cependant autour d'un noyau permanent : l'humeur dépressive ou l'irritabilité, le manque de concentration, les insomnies et les idéations suicidaires.

Les jeunes enfants déprimés manifestent davantage de plaintes somatiques, de retrait relationnel, une apparence triste, un manque d'estime de soi ; en revanche anhédonie, sentiment de désespoir, changements d'humeur marqués au cours de la journée, ralentissement psychomoteur augmentent avec l'âge (Egler & Baleyte, 2010, p.61).

Le ralentissement psychomoteur laisse souvent la place à l'instabilité et l'agitation psychomotrice, parfois entrecoupées de moments de repli, d'inertie. La colère et les conduites d'opposition, plus encore que l'irritabilité, peuvent être au premier plan. La dévalorisation

traduit la baisse d'estime de soi. Lors de l'entretien clinique s'expriment les doutes, un sentiment d'incapacité, à réaliser un dessin par exemple, ou une critique négative de ce dessin, parfois raturé « je suis nul », ainsi que des sentiments de perte d'amour. L'enfant peut répondre de manière laconique, à voix basse, lointaine (Egler & Baleyte, 2010, p.61).

À partir des symptômes repérables chez l'enfant on trouve :

- Une tristesse durable
- Des difficultés scolaires inhabituelles
- L'isolement
- Le refus du jeu et des activités sociales
- L'anxiété
- Les phobies
- Les signes somatiques : anorexie, énurésie, douleurs abdominales, céphalées.
- L'inertie, l'apathie
- L'inhibition
- Le retrait affectif
- Les colères
- L'agressivité
- L'idéation suicidaire
- La tentative de suicide (Haesevoets & Cyrulnik, 2008, p.243).

Plus l'enfant grandit, plus la symptomatologie peut se rapprocher de celle de l'adulte. Toutefois, le plus souvent, il s'agira de conduites de lutte contre les « affects dépressifs ». L'entourage socio-familial constate alors des symptômes comportementaux positifs ou négatifs, c'est-à-dire allant de l'agitation, de l'hétéro (ou auto) -agressivité, de l'irritabilité psychomotrice au retrait et à l'isolement. Habituellement, la sociabilité et la scolarité sont perturbées (régression – perte d'acquis).

Avec l'âge, l'enfant dispose de moyens élaborés et diversifiés d'expression de sa souffrance dépressive ; mais quand il ne parvient pas à parler de sa tristesse, de ses sentiments d'autodépréciation, il peut verser dans la protestation et l'impulsivité de ses actes.

Derrière la grande variabilité que prend la dépression chez l'enfant, ses différentes colorations, on peut cependant regrouper trois entités ; le décours temporel de la symptomatologie y joue un facteur important.

C'est ainsi qu'on parle, en se référant à la classification proposée par le DSM-IV (1994), de « dépression majeure », de « trouble dysthymique » et de « trouble de l'adaptation avec humeur dépressive » (encore nommé « moment dépressif » ou « dépression réactionnelle »).

La dépression majeure est marquée par la dysphorie, les inhibitions et les diverses plaintes ; devant des signes comme la faible estime de soi, les pleurs fréquents, l'ennui et la tristesse durable, le retrait, la culpabilité, la somatisation,... le diagnostic est posé ! Ryan *et al.* (1987) ont montré que les enfants présentent davantage d'agitation et de plaintes somatiques, comparativement aux adolescents.

La dysthymie s'écarte de la dépression majeure par la durée et la sévérité des symptômes. Il s'agit d'une perturbation qui s'installe dans le temps et abîme, parfois très insidieusement, l'enfant dans ses inscriptions sociale, scolaire, familiale, ... Un des risques, en termes pronostiques, consiste donc à négliger l'apparition de signes plus discrets concourant à une « chosification » et à la mise en échecs multiples (De Becher, 2003, p173).

La dépression réactionnelle faisant suite à un événement traumatisant s'avère aisément décelable, pour peu que l'on puisse définir le traumatisme.

La symptomatologie regroupe les éléments extraits du réel de l'enfant ; il y a lieu d'écouter ce qu'il peut dire, lui et son entourage, sur ces signes objectivables comme des pleurs, des troubles du sommeil, une perte d'appétit, une baisse de concentration, des perturbations spatio-temporelles, une mémoire récente déficiente (De Becher, 2003, p173).

5. Critères diagnostic de DSM-IV pour la dépression majeure :

Ce trouble réunit les troubles définis dans le DSM-IV comme trouble dépressif majeur chronique et comme trouble dysthymique.

A. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2 ans.

N.B. : Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins 1 an. B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

1. Perte d'appétit ou hyperphagie.
2. Insomnie ou hypersomnie.
3. Baisse d'énergie ou fatigue.
4. Faible estime de soi.

5. Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.

6. Sentiments de perte d'espoir.

C. Au cours de la période de 2 ans (1 an pour les enfants et adolescents) de perturbation thymique, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Les critères de trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2 ans.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble socioaffectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.

G. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hypothyroïdie).

H. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (DSM-IV, p. 209).

6. Diagnostic et diagnostic différentiel de la dépression chez l'enfant :

6.1. Diagnostic :

Dans les critères diagnostiques de la dépression, quelle que soit la classification retenue par le professionnel, trois aspects doivent attirer l'attention.

1-Il s'agit d'abord de la durée de la symptomatologie et de son décours temporel ; au-delà d'un mois et/ou si des épisodes similaires se sont manifestés précédemment, on peut considérer ce facteur comme favorable pour la prescription.

2-Un deuxième aspect consiste dans le risque d'atteinte de l'intégrité personnelle et/ou d'autrui. Il y a lieu d'examiner soigneusement ce risque tant au niveau comportemental qu'à celui de la signification que l'enfant en donne. Le désir de mort et sa traduction en mise en acte sont un élément décisionnel capital pour prescrire.

3-Le troisième aspect concerne les plaintes dysphoriques sous-tendus par les mots de l'enfant ; il peut être « criant » d'authenticité ou camouflé par l'acte, la motricité (plus fréquemment avec les jeunes enfants) et renvoie à la notion de souffrance.

Quant à cette souffrance dépressive, qu'elle soit exprimée dans le discours de l'enfant et/ou reconnue par lui-même et l'entourage, on doit pouvoir l'approcher, la ressentir ; ici encore, la décision de la prescription s'appuie sur le constat d'un état de souffrance fixé au point d'enrayer toute idéation d'une possible issue favorable. Le temps semble enfermer l'enfant dans une apathie et les tentatives d'aide qui lui sont proposées dans la perspective d'un lien psychothérapeutique rencontrent peu d'échos. (De Becher, 2003, p173).

Actuellement, le diagnostic de la dépression de l'enfant et de l'adolescent fait l'objet d'un consensus (Conférence de Consensus de l'ANDEM, janvier 1996). La dépression chez l'enfant est donc considérée par de nombreux chercheurs et cliniciens comme une pathologie sévère, justifiant une évaluation spécifique et une prise en charge thérapeutique précoce et adaptée. En continuité avec le syndrome dépressif, voire contigu, le risque suicidaire est souvent révélateur d'une souffrance aiguë qui n'est pas toujours détectée à temps. Les recherches actuelles en psychopathologie montrent aussi que le suicide survient surtout pendant l'adolescence, moment critique de l'existence, et concerne une frange non négligeable de la jeunesse. (Haesevoets & Cyrulnik, 2008, p.236)

6.2. Diagnostic différentiel :

La « dépression » chez l'enfant est plus souvent sous-évaluée que diagnostiquée par excès. Il s'agit d'abord d'intégrer cette éventualité diagnostique dans les hypothèses « syndromiques » du clinicien. Le diagnostic de dépression, a fortiori d'épisode dépressif, ne préjuge pas de l'organisation structurelle sous-jacente.

Toutefois chez le jeune enfant (avant 5-6 ans), un diagnostic différentiel doit être évoqué : l'existence d'une douleur, en particulier d'une douleur chronique. Le tableau clinique de l'enfant douloureux présente de nombreux points communs avec celui de la dépression. De plus, état douloureux chronique et réaction dépressive peuvent s'associer chez un même enfant. (Marcelli, 2003, p70)

Il est donc nécessaire d'envisager une telle éventualité surtout si la situation clinique de l'enfant est évocatrice d'un tel contexte. Il va de soi que, lorsqu'un état douloureux est repéré, son traitement préalable s'impose.

Il nous paraît préférable de parler ici d'un contexte favorisant plutôt que d'évoquer une étiologie précise. En effet, le risque, déjà signalé, est de relier dans une causalité linéaire les

événements observés et la conduite présente de l'enfant. Cette attitude conduit par exemple à baptiser « dépression » toute manifestation secondaire à une perte, la symptomatologie clinique et la cause supposée formant une sorte d'explication globalisante, réductrice et parfois fausse.

Toutefois, certains contextes, certaines circonstances traumatiques se retrouvent avec une grande fréquence dans les antécédents d'enfants qui présentent la sémilogie décrite ci-dessus. Parmi ces facteurs, nous isolerons la situation de perte, puis le contexte familial. (Marcelli, 2003, p71).

LE trouble dépressif caractérisé. En présence d'une humeur dépressive et d'au moins deux symptômes répondant aux critères d'un épisode dépressif persistant pendant au moins 2 années, le diagnostic de trouble dépressif persistant est porté. Le diagnostic repose sur la durée de 2 années, ce qui le distingue des épisodes de dépression qui durent moins de 2 ans. Si les critères symptomatiques sont suffisants pour un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé au cours de cette période, alors le diagnostic de dépression caractérisée doit être retenu, cependant il n'est pas codé comme un diagnostic séparé mais plutôt comme une spécification du diagnostic de trouble dépressif persistant. Si les symptômes du sujet remplissent actuellement les critères d'un épisode dépressif caractérisé, alors la spécification « avec épisodes dépressifs caractérisés intermittents, y compris l'épisode actuel » est utilisée. Lorsque tous les critères d'épisode dépressif caractérisé ne sont pas actuellement présents mais qu'il y a eu au moins un épisode dépressif caractérisé antérieur au cours d'une période d'au moins 2 années de trouble dépressif persistant, alors la spécification « avec épisodes dépressifs caractérisés intermittents, mais pas au cours de l'épisode actuel » est utilisée. Si le sujet n'a pas présenté d'épisode dépressif caractérisé au cours des 2 dernières années, alors la spécification « avec syndrome dysthymique pur » est utilisée (DSM-IV, p. 212).

7. L'étiopathogénie de la dépression chez l'enfant :

7.1. De quel facteur à l'origine de la dépression infantile :

Fréquemment, on retrouve dans l'anamnèse de l'enfant dépressif

-les expériences de séparation et/ou de perte précoces et répétées à valeur traumatique (décès d'un parent, hospitalisation, placement, etc.)

-des carences ou incohérences affectives ou éducatives (avec ou sans séparation)

-la fréquence de l'existence d'une dépression chez les parents, notamment maternelle ; l'enfant tente, en vain, de ranimer sa mère déprimée, la désinvestit puis s'identifie en miroir à cet imago maternel psychiquement « morte » mais conservée dans le moi. (Gueniche, 2020, p80).

-l'impossible de l'enfant à répondre à l'attente parentale (charge fantasmatique d'exigences surmoïques trop importantes) de réaliser leur idéal du moi, souvent teinté de mégalomanie.

Il est bien entendu qu'il n'existe pas de relation causale linéaire entre ces événements de vie (liés à une situation de perte) et ces facteurs favorisant (associés au contexte familial) et la conduite de l'enfant (Gueniche, 2020, p81).

7.2. Les mécanismes : les différentes perspectives théoriques

Les mécanismes psychopathologiques sous-jacents aux événements de vie et les facteurs favorisant et à l'œuvre dans la dépression de l'enfant varient avec l'âge et la nature de la dépression. Selon que les approches sont psychanalytiques ou cognitivo-comportementales, les perspectives sont différentes ; l'essentiel étant d'analyser la place de la dépression dans le fonctionnement psychique de l'enfant et de sa famille.

L'approche psychanalytique met l'accent sur le rôle des facteurs qui perturbent l'établissement de la relation d'objet et l'introjection du bon objet, garant du sentiment continu d'exister de l'enfant. Cette perspective insiste sur le rôle des séparations précoces de la perte d'objet avec ses diverses modalités (perte objectale définitive avec le décès de l'un des parents, séparations itérative traumatiques incohérence et imprévisibilité de la relation éducative, ambivalence maternelle avec présence physique de la mère mais absence psychique), et ses conséquences dans la genèse de la dépression infantile. Dans ce cadre, la dépression de l'enfant est considérée par un certain nombre d'auteurs comme une réaction affective fondamentale à des événements extérieurs, marqués notamment par la perte ou la séparation d'avec l'objet d'amour (Spitz, 1948 ; Bowlby, 1969).

Pour d'autres en particulier Klein (1959), la réaction dépressive résulterait d'un développement maturatif ou domine le conflit fantasmatique ; là, la théorie de la position dépressive est à la base de la compréhension des états dépressifs (Gueniche, 2020, p82).

Dans la perspective cognitivo-comportementale, l'observation porte soit sur les comportements de retrait, d'immobilité ou de ralentissement des individus, notamment dans les dépressions sévères à tous les âges, soit sur certains comportements animaux de fixité ou de retrait ressemblant à des conduits dépressifs sévères observées lors d'expériences de séparations précoces du jeune animal de sa mère. (Gueniche, 2020, pp82-83).

8. La dépression pendant la période de latence

La période de latence est ici considérée comme un moment logique, qui fait suite au déclin œdipien (Arbisio, 1997). En effet, sortir du drame œdipien suppose un nouage particulier des registres du réel, du symbolique et de l'imaginaire.

La période de latence correspond, pour la psychanalyse, aux années qui séparent le déclin du complexe d'Œdipe de l'avènement de la puberté : elle correspond à un moment de répression et de pacification des pulsions sexuelles et agressives de la petite enfance. L'enfant utilise alors l'énergie de ces pulsions différemment : il la déplace vers des intérêts socialisés, et privilégie les apprentissages, qu'ils soient scolaires ou qu'ils concernent des activités sociales au sens large. L'enfant entre dans la période de latence à peu près vers 5 ans et demi, jusqu'à 10-11 ans, car ensuite les problématiques qu'il rencontre ont plus à voir avec les débuts de la puberté. Ainsi, dans nos sociétés, cette étape de l'enfance correspond à l'âge de fréquentation de l'école primaire.

Quand Freud introduit cette notion de période de latence sexuelle en 1905, dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle*, il veut rendre compte de l'arrêt du développement de la sexualité infantile, après l'efflorescence de celle-ci durant la petite enfance. Les sentiments tels que la pudeur, le dégoût, les aspirations esthétiques et morales se mettent en place, pour aider à lutter contre les émergences sexuelles. Toutefois, ce nouvel équilibre est conflictuel, car cette désexualisation est toute relative : les motions sexuelles sont maintenant refoulées, mais elles restent agissantes. Freud, et Melanie Klein à sa suite, mettent l'accent sur la lutte contre la masturbation, qui est la principale préoccupation chez l'enfant de cet âge (Arbisio, 2003, p46).

Après le déclin œdipien, l'enfant est déçu : les désirs incestueux comme les vœux de mort à l'égard de ses parents non seulement ne se sont pas réalisés, mais sont maintenant interdits. L'enfant est contraint d'y renoncer, et il s'agit là d'une perte qui s'accompagne de réactions dépressives. En d'autres termes, il ne peut plus maintenir l'illusion d'être l'objet qui pourrait satisfaire le désir de la mère. Le père, en tant que père imaginaire détenteur du+ secret de ce désir, est venu s'interposer. Toutefois, l'enfant trouve un moyen de se protéger en partie, grâce à l'immaturité fonctionnelle de son corps : il pense qu'il ne peut pas réaliser ses désirs parce qu'il est trop petit, et qu'il lui faut donc attendre de devenir grand pour être exaucé. C'est la promesse œdipienne, dont la fonction est centrale pendant toute la durée de la période de latence, car l'enfant accepte cette privation contre l'assurance de trouver plus tard la satisfaction. En attendant ces lendemains heureux, l'enfant investit particulièrement l'imaginaire et l'idéal, c'est-à-dire toute image qui vient contrebalancer la perte dont il souffre,

à travers ses fantaisies, les rêves éveillés qu'il se raconte, dans lesquels il s'identifie au héros victorieux. Cela se passe aussi grâce aux jeux qui lui permettent d'agir ses fantaisies (Arbisio, 2003, pp46-47).

Après le déclin du complexe d'Œdipe, les identifications aux deux parents se développent. Ces identifications sont directement liées à la promesse œdipienne : l'enfant fait tout pour grandir, apprendre, devenir comme les adultes dans l'attente de la « récompense », c'est-à-dire de la réalisation future de ses désirs œdipiens. Le surmoi ainsi que l'idéal du moi sont issus de ces identifications aux images parentales. L'idéal du moi représente un modèle auquel le sujet aspire à ressembler, il est le fruit également des identifications aux parents idéalisés. C'est l'idéal du moi qui montre le chemin pour la sublimation.

La sublimation consiste à déplacer la pulsion sexuelle vers un nouveau but, non sexuel. L'enfant s'attache de plus en plus à des objets socialement valorisés : les investissements sociaux et intellectuels prennent alors une importance grandissante. Ainsi, la période de latence est le fruit d'un nouage particulier entre l'inscription symbolique de la culture, le réel du corps immature et l'imaginaire du père phallique. Fondamentalement, il s'agit pour l'enfant d'une perte, qui se joue sur plusieurs plans (Arbisio, 2003, pp.46-47).

L'enfant subit la privation de l'objet phallique, auquel il pouvait jusque-là s'identifier, en tant qu'il maintenait l'illusion d'être le partenaire privilégié de la mère. Il ressent maintenant son exclusion par rapport aux enjeux passionnels de la vie amoureuse des adolescents et des adultes. Cette perte, si elle est imaginaire, n'en est pas moins douloureuse, car elle touche très directement au narcissisme de l'enfant. C'est en cela que le déclin œdipien suppose une réélaboration de la position dépressive, car il réactive les vécus de perte antérieurs. Mais d'autre part, la dépression peut aussi venir comme défense contre l'angoisse de castration, traduisant alors un refus des valeurs phalliques.

Il s'agit donc ici de différencier les réactions dépressives que l'on pourrait appeler normales, existentielles chez l'enfant et les troubles dépressifs, dont le caractère est plus nettement psychopathologique. Si les réactions dépressives normales ont généralement à voir avec l'évolution de l'enfant ou des modifications de son environnement (déménagement, séparation, etc.), les troubles dépressifs sont presque toujours en lien avec une problématique parentale, car le parent représente un grand Autre pour l'enfant de cet âge.

Cette distinction se retrouve dans le mode de réponse qu'apporte l'enfant à cette souffrance dépressive. Plus cette dépression ne le concerne directement, plus l'enfant utilise le recours à la fantasmatisation, c'est-à-dire au déploiement imaginaire à partir des fantaisies, qui constitue une réponse privilégiée pour l'enfant face à cette souffrance. Plus cette dépression est

prise dans une interaction, plus la mise en œuvre de cette fantasmatisation est difficile. Bien souvent, une psychothérapie ou une psychanalyse sont les seules voies possibles pour réouvrir cette possibilité de fantasmatisation (Arbisio, 2003, pp.47-48).

9. Nosologie et évaluation de la dépression chez l'enfant :

Les instruments d'évaluation de la dépression chez l'enfant répondent aux objectifs de recherche clinique et données épidémiologiques. Ces évaluations utilisent des entretiens standardisés s'inscrivant soit dans une perspective catégorielle (DISC et DISC-R, DICA, KSADS), soit dans une perspective dimensionnelle (CDI, CES-DC, DSRS).

En France, les classifications nosologiques les plus utilisées sont celles de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Association américaine de psychiatrie et la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Pour les classifications internationales, les dépressions de l'enfant partagent les critères de durée évolution depuis au moins deux semaines et d'invalidation sociale et relationnelle. (Goudemand, 2010, p62)

Les critères diagnostiques de troubles dépressifs sont les mêmes que chez l'adulte à quelques différences près :

L'irritabilité peut remplacer l'humeur dépressive et une absence de prise de poids peut se substituer à une perte de poids (Diagnostic and statistical classification manual for mental diseases, 4th version, DSM-IV). Les critères de durée varient par rapport à l'adulte pour le trouble dysthymique (période d'au moins un an contre deux ans chez l'adulte). Toutefois, la validité scientifique de la distinction d'un trouble dysthymique et d'un trouble dépressif avant l'âge adulte est controversé. (Goudemand, 2010, p.62)

La classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents (CFTMEA) est utilisée en France dans les services et inter secteurs de pédopsychiatrie. Les références théoriques psychanalytiques autorisent la distinction entre plusieurs types de dépressions selon la structuration psychique psychotique, névrotique ou narcissique du patient, l'expression symptomatique ainsi que son évolution lors de la prise en charge. (Goudemand, 2010, p.62)

La description catégorielle d'un trouble dépressif chez l'enfant dessine une comorbidité si fréquente qu'elle est la règle plutôt que l'exception : ainsi, jusqu'à trois quarts des enfants déprimés présentent des troubles anxieux, comme l'anxiété de séparation, les phobies, le trouble panique, les troubles obsessionnels et compulsifs, parfois annonciateurs de l'épisode dépressif.

Le trouble d'opposition avec provocation, le trouble des conduites, ainsi que l'hyperactivité avec déficit de l'attention sont chacun présents dans la moitié des cas environ. Il existe une toxicomanie dans un quart des situations.

Les troubles de l'adaptation avec une difficulté dans les apprentissages, comme les difficultés relationnelles, grèvent l'évolution dépressive chez l'enfant. Les patients déprimés présentent également une proportion accrue de troubles physiques.

L'approche catégorielle ne doit pas méconnaître l'intérêt du repérage précoce d'une symptomatologie dépressive chez un jeune patient, même infraliminaire, qui grève l'individu dans ses interactions sociales, participe au cercle vicieux dépressif, et augmente significativement le risque d'une dépression majeure (Goudemand, 2010, p.62).

10. Données épidémiologiques :

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde (OMS, 2017).

Il n'y a pas une dépression mais des dépressions, ce qui rend son diagnostic difficile.

Chez l'enfant, la dépression se manifeste par un dérèglement général de l'humeur (ennui, désintérêt, indifférence, apathie, etc.) et des troubles du comportement (instabilité, irritabilité, agressivité, baisse du rendement scolaire, problèmes alimentaires, etc.). Un événement familial ou un trouble constaté chez les parents peut être à l'origine d'une dépression chez l'enfant (Haesevoets & Cyrulnik, 2008, p.236).

L'épidémiologie montre qu'il s'agit d'une affection fréquente dont la prévalence peut aller de 4,4% à 20%, selon les études (Bakish, 2001). En France les statistiques de la DREES (2004) font état d'une prévalence de 11%. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec deux pics, l'un entre 20 et 30 ans, et le second entre 50 et 60 ans. Selon l'OMS, il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période d'un an. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente : 50% des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode (Ivy .M & Jean., 2008, p.5).

La prévalence de la dépression de l'enfant varie de façon considérable selon les auteurs et les instruments utilisés ; elle augmente avec l'âge. Ainsi, en population générale, de 0,1 à 1 p. 100 des enfants présentent une dépression avant l'âge de six ans, de 0,5 à 3 p. 100 de six à douze ans, et de 2 à 9 p. 100 des adolescents.

Lorsque l'enfant est lui-même l'informateur, la prévalence de la dépression augmente. De même, en fonction du degré de certitude, l'incidence de la dépression chez les enfants de

six à onze ans varie de 0,6 p. 100 avec une certitude élevée, à 17 p. 100 avec une certitude faible.

En population clinique, 20 à 25 p. 100 des enfants présentent un état dépressif majeur ; le trouble dysthymique est plus rare, avec une prévalence de cinq pour 100 000 enfants pré pubères. Chez l'enfant, la dépression est légèrement plus fréquente chez les garçons que chez les filles (Goudemand, 2010, p.61).

11. Prise en charge thérapeutique de la dépression chez l'enfant :

Même si l'enfant ou l'adolescent n'en parle pas volontiers, la prise en considération par l'entourage de sa dépression se traite de manière efficace, à condition de consulter des thérapeutes et de soutenir un processus d'étayage à la fois diagnostic et curatif. Suivant la gravité des troubles, particulièrement dans les cas de dépression clinique avérée ou de tentative de suicide, l'hospitalisation (présence d'une équipe pluridisciplinaire en secteur pédopsychiatrique) devient un passage obligé à la mise au point diagnostique et à l'élaboration d'une prise en charge psychothérapeutique spécifiques. Les situations moins à risque sont plutôt suivies de manière ambulatoire en consultation privée (psychothérapeutes, pédopsychiatres ou psychologues cliniciens spécialisés) ou en pratique publique (Services de santé mentale, consultations hospitalières, Centres de plannings familiaux).

11.1 La prise en charge psychothérapeutique :

Dans ce domaine, il existe plusieurs approches. La prise en charge principale repose essentiellement sur la psychothérapie, et de manière exceptionnelle sur un traitement médicamenteux. Différents courants thérapeutiques existent.

La psychothérapie d'inspiration analytique offre un lieu de parole à l'enfant, soutenant une réflexion sur lui-même, une interprétation de sa souffrance et donnant du sens à son mal de vivre. À travers les échanges avec le thérapeute, la prise de parole aide l'enfant à mentaliser et à comprendre le sens de ses symptômes dépressifs.

La thérapie familiale intègre le changement, l'amélioration des modes de communication et une meilleure compréhension des rôles de chaque membre de la famille. La dépression affecte toute la famille et induit des réactions différentes auprès de chacun de ses membres. Il importe que les parents, mais aussi les frères et sœurs de l'enfant déprimé, puissent exprimer leurs émotions et exposer leur point de vue. Il n'est pas toujours facile de répondre aux besoins d'un enfant déprimé. Les parents se sentent parfois coupables de la dépression de leur enfant. Ils

transmettent parfois de manière inconsciente leurs ressentiments à l'enfant déprimé qui en ressent beaucoup de tristesse, des sentiments de rejet ou d'incompréhension.

La thérapie comportementale apprend à l'enfant à modifier sa vision du monde, son mode d'appréhension et sa manière de penser les événements.

La psychothérapie vise une modification de l'environnement relationnel et socio-affectif de l'enfant. Un changement de milieu peut contribuer à restaurer un certain bien-être.

11.2 La prise en charge médicamenteuse :

La prise en charge médicamenteuse d'un épisode dépressif majeur c'est-à dire caractérisé) comprend deux grands objectifs médicaux et fonctionnels : les objectifs médicaux visent une rémission symptomatique rapide où le maintien et la consolidation de cette rémission clinique viennent prévenir les rechutes et les récurrences dépressives.

Les objectifs fonctionnels plus généraux ciblent une récupération per mettant de restaurer la qualité de vie en retrouvant les activités antérieures et des capacités de coping satisfaisantes. Les modalités de prise en charge d'un épisode dépressif vont dépendre pour beaucoup du caractère unipolaire (épisode dépressif isolé ou dépressions récurrentes) ou bipolaire (alternance de périodes dépressives et de périodes d'exaltations) de la dépression (Charles, S, 2013, p.165).

Ainsi dans la dépression unipolaire, l'utilisation des antidépresseurs constitue un choix de première intention dès lors que le patient présente une dépression d'intensité modérée à sévère. Cette approche est consensuelle et bien codifiée. La disponibilité de molécules aux mécanismes d'action et aux profils de tolérance variés, conjuguée à la grande variabilité d'expression des troubles dépressifs, impose des stratégies bien identifiées structurées et individualisées (Charles, 2013, p.165).

La prise en charge des dépressions bipolaires est différente et particulièrement complexe. Les traitements de première intention sont les thymorégulateurs. L'utilisation des antidépresseurs doit être prudente en raison des craintes de virage maniaque de l'humeur ou d'une accélération de l'évolution de la maladie (Charles, 2013, p.165).

La prise en charge d'un enfant ou déprimé est complexe tant au niveau diagnostique que thérapeutique. La prise en charge ne saurait se limiter à la simple prescription isolée d'un antidépresseur aussi validée soit son utilisation chez l'adulte. En France, les médicaments

antidépresseurs sont déconseillés dans le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Cependant, le recours à ces médicaments peut être justifié après une évaluation du rapport bénéfice/risque par un spécialiste. La prescription s'accompagnera d'une surveillance étroite à la recherche d'un comportement suicidaire et ne doit pas se substituer à la psychothérapie (Charles, 2013, p172).

Nous ne ferons que mentionner ici les traitements médicamenteux dont les indications sont très réduites pour ne pas dire exceptionnelles chez le jeune enfant. Cette indication relève d'une concertation avec le pédopsychiatre. Si leur rôle n'est pas négligeable quand l'abord relationnel paraît temporairement impossible, en revanche l'effet est souvent transitoire et on constate souvent un échappement après quelques semaines d'utilisation. C'est dire le caractère très limité de ces prescriptions (Marcelli, 2003, pp74.75).

La chimiothérapie concerne surtout les enfants en grande souffrance psychique ou qui ne parviennent pas à s'en sortir avec une approche exclusivement psychothérapeutique. À condition d'un suivi spécialisé et d'une prise en charge thérapeutique, la prescription d'antidépresseurs par un pédopsychiatre peut s'avérer efficace. Ces produits permettent de diminuer certains symptômes dépressifs comme les troubles du sommeil, la perte d'appétit ou l'anxiété. Tenant compte de l'âge de l'enfant, les doses administrées sont proportionnelles au poids. La prescription de psychotropes aux adolescents suicidaires (notamment après une tentative de suicide, une décompensation psychotique ou un syndrome dépressif aigu) doit toujours faire l'objet d'une réflexion interdisciplinaire et suppose au préalable une mise au point diagnostique spécialisée et l'élaboration d'un projet thérapeutique spécifique et cohérent (Haesevoets & Cyrulnik, 2008, pp.254-255).

Ainsi, on peut conclure cette section en disant que la dépression chez l'enfant reste un sujet peu abordé. Elle se manifeste par de la tristesse, de l'irritabilité et une anhédonie.

II-Résilience :

La résilience est une qualité qui nous permet de surmonter les défis et les épreuves de la vie. Elle repose sur notre capacité à s'adapter, à rebondir et à trouver des solutions même dans des situations difficiles. Cultiver la résilience implique souvent la gestion des émotions, la recherche de soutien social, et le développement de pensées positives et de perspectives constructives.

1. Origine et historique du concept de résilience chez l'enfant :

Le concept de résilience est sujet à diverses ambiguïtés d'origines multiples. Étymologiquement, il dérive du verbe latin "resilio, ire", signifiant littéralement rebondir ou résister. Francis Bacon, philosophe, a utilisé pour la première fois le terme "résilience" en 1626, qui est issu du latin "resilientia". En anglais, il renvoie à l'idée de "rebondir", "se ressaisir" ou "se redresser". Initialement introduit dans le domaine des sciences physiques, notamment en métallurgie par Thomas Tredgold en 1824, il désigne la capacité des matériaux à retrouver leur forme initiale après un choc ou une pression continue, alliant élasticité et fragilité. En écologie, la résilience concerne la capacité de récupération ou de régénération d'un organisme ou d'une population, ainsi que l'aptitude d'un écosystème à se rétablir après une perturbation. En psychologie, elle se réfère à la capacité de vivre, de réussir et de se développer malgré l'adversité, combinant force intérieure, soutien extérieur et apprentissage tiré de l'expérience (Koninckx & Teneau, 2010).

Par conséquent, l'utilisation de mot « résilience » en psychologie apparaît pour la première fois dans une revue scientifique de psychologie ou de psychiatrie en 1942, quand Scoville évoque, dans l'*American Journal of Psychiatry* ; l'« étonnante résilience » des enfants confrontés, pendant la guerre, à des « situations dangereuses pour leur vie ». Dans ce texte, Scoville cite l'article publié, la même année, par Dorothy Burlingham et Anna Freud, qui notaient que des enfants qui avaient vécu des bombardements répétés et très destructeurs ne présentaient pas de signes observables de « choc traumatique ». La résilience psychologique devient objet de recherche avec les thèses de doctorat, soutenues à l'université Stanford, par Jack Block (1950) et Jeanne Block (1951). Les travaux des époux Block ont fait émerger le concept de « résilience du moi » dont le sens est précisé en 1980, quand ils le définissent comme l'un des facteurs sous-jacents à l'adaptation (Ionescu, 2016, p.31).

L'étude formelle de la résilience a pris son essor avec trois projets de recherche majeurs, menés notamment par les pionniers Garmezy, Werner et Rutter. Ces projets visaient à comprendre le développement psychologique et social des enfants confrontés à des conditions jugées potentiellement néfastes, telles que la précarité affective, socio-économique, culturelle, les troubles psychiatriques des parents, ou encore les maltraitances. Ces chercheurs ont examiné les parcours de cohortes d'enfants issus de milieux familiaux et sociaux considérés comme très défavorables. L'objectif des études longitudinales était d'évaluer l'impact des facteurs de risque familiaux et environnementaux sur ces enfants et adolescents, et d'élaborer des programmes de prévention. Les résultats ont cependant révélé qu'un nombre significatif de sujets présentaient

un développement normal, malgré les situations à risque. Ces enfants, exempts de troubles psychiques ou comportementaux, ont été qualifiés de résilients et ont fait l'objet d'investigations spécifiques, parfois sur le long terme, comme l'illustre la recherche de Werner et Smith (1981), qui s'est étendue sur plus de trente ans (Anaut, 2020).

Actuellement, deux domaines d'application de l'approche de la résilience coexistent. Le premier concerne les individus vivant dans des environnements socio-environnementaux relevant de l'extrême clinique. Il s'agit des personnes confrontées à une grande précarité et/ou à des violences persistantes telles que les guerres, la maltraitance, etc. Ces contextes sont considérés comme pathogènes car les individus y sont exposés à des stress sévères et/ou à des traumatismes répétés. Les individus sont considérés comme résilients lorsqu'ils parviennent à se développer sans perturbations majeures, malgré cette adversité chronique.

Le deuxième champ d'application de la résilience s'intéresse aux individus confrontés à des événements traumatiques ponctuels et soudains mettant leur vie et/ou leur psychisme en péril. Il peut s'agir de personnes surmontant des épreuves telles que des catastrophes, des attentats, des accidents, l'annonce d'une maladie grave ou la perte traumatique d'un proche. Dans ces cas, c'est la rencontre avec le traumatisme qui déclenche le processus de résilience, qui se définit alors comme un processus de reconstruction psychique après une épreuve déstabilisante (Anaut, 2020).

Parmi les auteurs éminents sur le sujet de la résilience, on trouve le professeur Cyrulnik, qui a dirigé plusieurs travaux portant sur le traumatisme psychique et la résilience. Concernant les jeunes enfants et les adolescents, il souligne l'importance de leur environnement, qui peut soit favoriser l'acquisition d'un facteur de vulnérabilité, soit promouvoir la résilience. Les adolescents qui traversent cette période avec succès ont bénéficié d'un soutien sécurisant durant leur enfance. Ils ont développé une confiance en eux-mêmes et ont trouvé dans leur entourage des structures sociales et culturelles qui ont guidé leur développement (Anaut & Cyrulnik, 2014).

De son côté, Richardson a proposé de classer ce qu'il a désigné comme "les trois vagues de la résilience". Au départ, les premiers défenseurs de la résilience attribuaient à des qualités individuelles la capacité de surmonter un traumatisme et/ou de continuer à se développer dans un environnement défavorable. Par la suite, d'autres chercheurs ont suggéré de considérer la résilience non plus comme une qualité, mais comme un processus intervenant dans les situations traumatiques et permettant de les dépasser pour repartir à neuf. Dans cette optique, tout individu

pouvait devenir résilient à condition de recevoir de l'aide. La troisième vague de la résilience a rompu avec ces approches en la concevant comme une force ou, si l'on préfère, une aptitude que chacun possède à un degré variable, liée à des caractéristiques personnelles en partie innées, mais également influencée par l'environnement (Tisseron, 2014).

Les premières recherches se sont concentrées sur les qualités personnelles de l'enfant résilient, telles que l'autonomie, un sentiment d'auto-efficacité, une haute estime de soi, un bon niveau d'aptitudes cognitives, des compétences sociales, la capacité à ressentir de l'empathie et de l'humour, ainsi qu'un tempérament agréable. Cependant, à mesure que les travaux de recherche ont progressé, certains chercheurs ont adopté l'idée que la résilience est souvent influencée par des facteurs externes à l'enfant. Trois groupes de facteurs sont alors mentionnés dans le développement de la résilience : d'abord, les qualités de l'enfant lui-même, puis les aspects de sa famille, et enfin les caractéristiques de son environnement plus large (Masten et Garmezy, 1985 ; Werner et Smith, 1982, 1992 ; Anzen-Zeder, 2010).

Dans ce même courant d'écologie humaine et sociale, Ehrensaft et Tousignant (1998) indiquent que le concept de résilience représente un changement de paradigme en psychologie développementale.

Après avoir centré leur attention pendant des décennies sur les risques, la vulnérabilité et la psychopathologie, un nombre croissant de chercheurs et d'intervenants et santé mentale s'interrogent sur la capacité du nombreux enfant de surmonter les obstacles majeurs à leur développement. Il demeure un vaste domaine à explorer dans l'étude de la résilience, soit la compréhension du lien entre l'enfant résilient et son entourage. Une recension des écrits révèle que la majorité des chercheurs définissent la résilience comme l'expression du tempérament et comme un phénomène interne ou psychique, que l'on retrouve dans l'idée d'enfant « résilient » (Haesevoets, 2008, p.310).

Au fil des décennies, les recherches se sont concentrées sur l'identification des particularités individuelles, familiales ou sociales qui favorisent l'émergence de la résilience, ainsi que sur l'étude des critères qui guident ce processus. Cela a conduit à la création de divers outils d'évaluation et de médiation, ainsi qu'à l'exploration de méthodes d'accompagnement de la résilience (Anaut, 2015).

Depuis son émergence, les recherches sur la résilience ont scruté ses composantes tout en examinant les spécificités individuelles, familiales et sociales. Cela a permis d'explorer les

capacités de récupération et de résistance de l'être humain. De plus, ces recherches sur la résilience continuent de croître, portant un intérêt accru à diverses situations à risque.

Aujourd'hui, l'intérêt des chercheurs pour la résilience persiste à tous les stades de la vie, principalement dans le but d'identifier les facteurs de protection et de risque en vue d'une prévention et d'une prise en charge efficaces.

Nous allons maintenant définir la notion de résilience.

2. Définitions de la résilience :

De nombreux chercheurs se sont penchés sur le concept de résilience au cours des dernières décennies, ce qui a suscité un vif intérêt. Dans ce point dédié aux définitions de la résilience, nous commencerons par aborder sa signification étymologique, puis nous présenterons les différentes définitions conceptuelles qui en découlent.

D'abord, d'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme résilier est étymologiquement constitué de (ré-indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et salir (sauter, bondir). Résilier signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter (Anaut, 2008, p.35).

La résilience est « *la résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacités de se vivre et de se développer en dépit des circonstances défavorables, voir désastreuses* » (Sillamy, 2003, p.228).

Les bases du concept de la résilience reviennent essentiellement à Emmy Werner. Dans sa définition : « *La résilience est un équilibre évolutif dans la confrontation, d'une part d'éléments délétères ou stressants du milieu et, d'autre part, de facteurs de protection internes et externes* ». Ici, la résilience est vue comme un processus dynamique, qui évolue au cours du développement de l'individu et qui est en fonction du sujet (sexe...etc.) (Koninckx & Teneau, 2010, p. 28).

Coutanceau et al. (2012) mentionne que le processus de résilience s'engage lorsqu'un individu confronté à un traumatisme, réussi à activer de manière adéquate des modalités protectrices qui lui permettent de se reconstruire. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité (Coutanceau et al. 2012, p. 4).

Manciaux (2001) considère la résilience comme « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* » (Manciaux, 2001, p.322).

Anaut (2002) définit la résilience comme un processus dynamique et actif qui permet au sujet non seulement de faire face aux situations délétères, mais également de s'enrichir par la suite de cette confrontation avec les difficultés, lui conférant ainsi un potentiel de facteur de protection mobilisable ultérieurement (Anaut, 2002, p.).

Plus récemment la résilience a été définie par Bonnano (2004) comme un processus banal lors duquel la personne arrive à maintenir un équilibre psychique et psychologique stable malgré l'exposition à un événement isolé de perte ou de menace vitale. La résilience inclut la capacité de créer des expériences génératrices et d'expérimenter des émotions positives dans un contexte post-traumatique. Dans cette description, la résilience est considérée comme un état ayant lieu surtout face aux événements traumatiques uniques et exceptionnels (Kédia & Séguin, 2013, p. 250).

Quant à Masten et Coastworth (1995), ils reconnaissent la résilience dans la mise en place de compétences permettant de s'adapter et de se développer alors que l'environnement est devenu menaçant, traumatisant, pathogène (Bouteyre, 2004, p.103).

Stefan Vanistendael définit la résilience comme « *la capacité à réussir à vivre, à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* ». Il considère avant tout la résilience comme une capacité, par conséquent mesurable et pouvant être activée, qui se construit par son interaction avec l'environnement (Koninckx & Teneau, 2010, p.29).

Ces différentes définitions convergent pour définir la résilience comme un processus qui permet à l'individu de gérer et de s'adapter malgré les épreuves. La résilience met en lumière les ressources internes de l'être humain qui lui permettent de s'ajuster et de se développer de manière positive, en élaborant des réponses constructives qui atténuent l'impact du stress. De plus, elle favorise le maintien et même l'amélioration de la santé mentale face à des situations potentiellement traumatiques ou stressantes.

3. Concepts associés à la résilience :

3.1 Empowerment :

Empowerment qui signifie acquérir un gain de pouvoir. Lorsqu'elle est appliquée dans le champ des pratiques sociales, cette notion désigne une démarche d'affranchissement personnelle (ou collective). Chez un individu, elle implique la maîtrise et le sentiment d'avoir du pouvoir sur l'environnement, ce qui peut notamment être lié à la reconnaissance par l'individu de ses propres compétences dans ce domaine. Pour Yann Le Bossé et Marguerite Lavalée (1993) il s'agit d'un « processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale » (Anaut, 2015, p.85).

3.2 Le coping :

Le terme de « coping » a été imparfaitement traduit en français par le terme de « stratégies d'ajustement », le verbe to cope signifiant en anglais « faire face ». Le coping est donc l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (Kédia & Sabouraud-Seguin, 2020).

Selon Michel Manciaux (1999), les comportements de coping concernent les réponses à une situation donnée, donc indiquent comment le sujet ou le groupe va faire face à un moment donné ; alors que la résilience qui est « pour partie innée et pour partie acquise par un précieux travail d'adaptation » se construit et s'inscrit dans la durée (Anaut, 2015, p.91).

Les liens conceptuels entre le coping et la résilience semblent à première vue très étroits ; cependant, il ne s'agit pas de les confondre. Ainsi, le coping apparaît comme une forme de résilience ou plus exactement peut contribuer à décrire une certaine approche du processus de résilience, à partir d'une perspective essentiellement comportementale et consciente (Anaut, 2015, p.91).

3.3 Le sentiment de cohérence :

Sentiment de cohérence, se définit comme une orientation dispositionnelle pouvant aider à prévenir une déstructuration, une rupture, liée à l'effraction psychique lors de situations très stressantes. Le sentiment de cohérence est constitué de trois dimensions : La « compréhensibilité » est la dimension qui fait le plus référence aux capacités cognitives de la

personne. Elle suppose que celle-ci analyse et comprenne la situation adverse à laquelle elle est confrontée ; autrement dit, qu'elle ait conscience des difficultés induites par la situation et qu'elle soit capable d'expliquer celle-ci. La « significabilité » renvoie au sens donné par la personne à la situation à laquelle elle est confrontée et, plus largement, au sens que cette personne confère à la situation en fonction du sens attribué à sa -ou la - vie en général.

La « gérabilité », enfin, est la possibilité d'utiliser les ressources possibles ou disponibles afin de faire face aux demandes induites par la situation adverse. Selon Greef et Van der Merwe (2004), le sentiment de cohérence invite la personne à envisager l'existence comme étant structurée, prédictible et explicable tout en percevant les ressources comme disponibles et les demandes comme des défis à relever. Plus le sens de cohérence serait élevé, plus l'adaptation aux situations stressantes serait facilitée. Autrement dit, les personnes qui éprouveraient un sentiment de cohérence très développé seraient les plus aptes à adopter des comportements appropriés, à s'adapter à de nouvelles situations survenant au cours de leur développement, à faire des choix et à diversifier les modalités de leurs réponses.

Le sentiment de cohérence n'est pas la résilience, mais il participe au processus de résilience et est en même temps renforcé, comme les autres facteurs de protection individuels, par celui-ci (Michallet, 2009, p.13).

3.4 L'invulnérabilité :

L'invulnérabilité n'est pas la résilience car, pour qu'il y ait résilience, il faut au préalable avoir été touché et déstabilisé par un événement. Il faut y avoir été jusqu'à un certain point et dans un premier temps, vulnérable, puis, avoir cherché et réussi à s'adapter et à croître à travers les contraintes induites par cet événement (Joubert, 2003) (Michallet, 2009, p.11).

4. Les approches théoriques de la résilience :

Le concept de résilience est considéré comme un modèle pluridisciplinaire qui puise ses origines dans diverses approches, telles que la psychologie du développement, l'approche systémique, la psychosociologie et les concepts psychanalytiques, ce qui en fait un modèle complexe et diversifié. Dans ce contexte, nous explorerons les différentes approches théoriques de la résilience. Nous commencerons par l'approche sociale, puis nous examinerons l'approche médicale en santé publique. Ensuite, nous aborderons l'approche cognitivo-comportementale, suivie de l'approche génétique et neurobiologique. Enfin, nous discuterons de l'approche psychodynamique.

4.1 L'approche sociale :

L'approche psychosociale de la résilience prend en compte à la fois les facteurs de risque sociaux tels que la pauvreté et les perturbations de la structure familiale, ainsi que les facteurs de protection comme les compétences sociales et le soutien social. Jacob Tebes et ses collègues privilégient le concept de processus psychosociaux familiaux en relation avec le risque de développer des troubles et la résilience chez les enfants dont les mères souffrent de troubles mentaux graves. Ils soulignent notamment l'importance des fonctions parentales, ou de la qualité de la parentalité, dans le développement de la résilience. Du point de vue des résultats, la résilience est souvent associée à une efficacité sociale, à des performances et à une efficience sociale selon de nombreux chercheurs. Cette résilience est évaluée en fonction de critères psychosociaux et normatifs qui évoluent avec l'âge (Ionescu, 2006, p. 33).

4.2 L'approche comportementale :

L'approche développementale revêt une grande importance du fait que de nombreuses avancées significatives ont été réalisées grâce à des recherches longitudinales, et que la perspective du parcours de vie, depuis la naissance (voire même avant) jusqu'à la fin de la vie, est intrinsèquement liée au concept de résilience. Cette nécessité de considérer le risque et la résilience dans une optique de développement a conduit Alan Sroufe à proposer un modèle organisationnel de développement. Dans ce contexte, le développement est envisagé comme un processus d'intégration hiérarchique où les premiers schémas d'adaptation sont modifiés par des expériences ultérieures pour donner lieu à de nouveaux schémas d'adaptation plus complexes, adaptables et structurés. La résilience est ainsi vue comme une notion de développement qui représente un processus permettant aux enfants d'accroître leur capacité à utiliser leurs ressources internes et externes pour s'adapter positivement à l'adversité (Ionescu, 2006, p.31).

4.3 L'approche cognitivo-comportementale :

L'approche cognitivo-comportementale met en avant l'importance à la fois des processus cognitifs fondamentaux et des stratégies comportementales observables pour comprendre la résilience. Elle se concentre sur deux concepts clés : le stress et l'adaptation (coping). Contrairement au traumatisme, il s'agit ici de situations stressantes où l'individu doit développer des stratégies de coping qui sont de nature cognitive et donc consciente (Lighezzolo, De Tyche, 2004, p. 34).

La notion de coping et de stratégies de coping :

Plusieurs études ont été menées ces dernières décennies sur les réactions diverses face au stress, notamment en utilisant le concept de "coping". Richard S. Lazarus et Suzan Folkman (1984) ont introduit ce concept pour décrire les "efforts cognitifs et comportementaux visant à contrôler, réduire ou tolérer les demandes internes ou externes qui dépassent les ressources de l'individu". Il peut s'agir d'une réponse plus ou moins consciente et rationnelle à une situation stressante. Dans le lexique de la psychologie de Bloch et al. (1991), le coping est défini comme "le processus actif par lequel l'individu, en évaluant ses activités et motivations, fait face à une situation stressante et parvient à la gérer". Certains auteurs francophones préfèrent utiliser les termes de comportements ou de stratégies d'ajustement pour décrire ces processus. Ce qui caractérise les stratégies de coping, c'est leur conscience, leur orientation vers la réalité extérieure et leur déclenchement par un événement, les distinguant ainsi des mécanismes de défense qui sont souvent liés à l'inconscient et aux conflits intrapsychiques. Les recherches sur les stratégies de coping portent sur les actions concrètes que les individus mettent en œuvre pour s'adapter aux situations difficiles ou aversives. Elles visent également à comprendre comment les individus peuvent atténuer l'impact psychologique des événements stressants pour préserver leur bien-être émotionnel (Lazarus & Folkman, 1984 ; Bloch et al. 1991, cité dans Anaut, 2015b, pp. 88-89).

Serban Ionescu et al. (2012) ont identifié dans la littérature scientifique différentes approches ou types de stratégies de coping, qui se distinguent selon quatre dimensions principales :

- Le coping centré sur l'émotion, qui vise la régulation de la détresse émotionnelle ;
- Le coping centré sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet ;
- Le coping évitant, qui permet au sujet, par des stratégies passives (évitement, fuite, déni, résignation, etc.), de réduire la tension émotionnelle ;
- 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 (Lazarus & Folkman, 1984 ; Bloch et al, 1991, cité dans Anaut, 2015b, pp.88-89).

4.4 L'approche génétique :

Les réactions face aux événements stressants peuvent varier considérablement même entre des individus ayant vécu des expériences similaires tout au long de leur vie, comme un divorce, la perte d'un emploi ou la perte d'un proche. Ceux qui parviennent à surmonter ces

épreuves sans subir de conséquences néfastes pour leur santé mentale sont souvent qualifiés de résilients. La résilience est généralement considérée comme une capacité globale à faire face aux défis plutôt qu'une compétence spécifique à un domaine particulier (Rutter, 2003), impliquant une certaine résistance face aux expériences de risque environnemental ou la capacité à surmonter le stress et l'adversité (Rutter, 2006).

Des études antérieures ont identifié plusieurs sources de résilience, en mettant notamment l'accent sur les ressources psychologiques, matérielles et sociales dont disposent les individus (Cicchetti & Rogosch, 1997). Cependant, des recherches plus récentes suggèrent que les facteurs génétiques jouent également un rôle crucial dans les différences individuelles en matière de résilience (Rutter, 2003 ; Silberg et al. 2001). Par exemple, Caspi et al. (2003) ont montré une forte corrélation entre le nombre d'événements stressants vécus par les adultes et leur risque ultérieur de dépression majeure (Boardman et al. 2008).

Chez les individus possédant deux allèles longs d'un gène impliqué dans la transmission de la sérotonine (5-HTT), on n'observe pas de lien direct entre l'exposition chronique à des événements stressants de la vie et une détérioration de la santé mentale. En d'autres termes, les personnes homozygotes pour cet allèle sont particulièrement résilientes face aux facteurs de stress qui pourraient normalement déclencher un épisode dépressif majeur. Peu d'études ont examiné la possibilité que les effets génétiques sur la résilience puissent différer entre hommes et femmes. Cette distinction est particulièrement pertinente pour l'analyse des interactions entre gènes et environnement, car le sexe peut influencer l'expression génétique de la résilience chez les femmes et favoriser ce potentiel chez les hommes (Boardman et al. 2008).

4.5 L'approche neurobiologique :

Chaque individu possède une capacité de résilience qui est influencée par une interaction complexe entre les gènes et l'environnement. Les gènes ont un impact sur le développement initial des circuits cérébraux, mais l'environnement et les expériences de vie continuent à les façonner au fil du temps. Les circuits neuronaux liés à la résilience incluent des structures telles que l'amygdale, le noyau accumbens et le cortex préfrontal médian, qui interagissent entre elles. Ces structures jouent un rôle crucial dans la régulation des émotions, des réponses à la peur, des interactions sociales et de la recherche de récompenses.

De plus, des substances neurochimiques et des hormones comme le neuropeptide Y, le cortisol, la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine interviennent dans la capacité de résilience. L'exercice physique peut également favoriser la résilience en augmentant les niveaux

d'endorphines et de neurotransmetteurs, tout en limitant la libération de cortisol, comme mentionné par Tisseron en 2017 (pp. 32-33).

4.6 L'approche psycho dynamique :

Dans cette approche la résilience est considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique. Cette approche est essentiellement centrée sur le traumatisme et de la réponse du sujet, ainsi que les mécanismes de défenses. Du point de vue intrapsychique, le psycho traumatisme induit une détresse psychologique intense. Le trauma vient faire effraction dans la vie du sujet et provoque un choc psychique qui met en péril son équilibre émotionnel (Anaut, 2005, 2020).

D'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient. Selon Vaillant (1993/2000) l'utilisation des mécanismes de défense altère pour une large part de manière involontaire la perception des deux réalités internes et externes. Le résultat de cette distorsion mentale de la réalité est de diminuer l'anxiété et la dépression, réduisant ainsi les manifestations de la souffrance et des dommages physiques et psychiques (Vaillant, 1993/2000, cité dans Anaut, 2005, pp. 7-8).

5. Les facteurs de risque et de protection chez l'enfant :

5.1 Facteurs de protection chez l'enfant :

De nombreux chercheurs ont étudié les facteurs de protection favorisant la résilience chez les individus. En premier lieu nous pouvons citer Emmy Werner qui a indiqué parmi les ressources protectrices internes : la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité et enfin l'habilité à trouver un (des) soutien(s) dans l'entourage (familial ou extra-familial). Alors que parmi les ressources venant du milieu on trouve : des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents-enfant ; ainsi que des soutiens extra-familiaux, comme par exemple, avec des enseignants, des amis.

Norman Garmezy et Anne Masten notamment ont identifié les principales variables qui favorisent la protection chez les sujets résilients. Nous reprenons dans l'encadré ci-dessous les principales variables internes et externes, répertoriées à partir de plusieurs de leurs travaux (Anaut, 2015, p.65).

5.1.1. Facteurs individuels :

- Tempérament actif, doux, un bon naturel (gentillesse).
- Genre : être une fille avant l'adolescence ou un garçon durant l'adolescence.
- Âge (jeunesse).
- QI élevé, ou bon niveau d'aptitudes cognitives.
- Sentiment d'auto-efficacité et une estime de soi élevée.
- Compétences sociales, sociabilité.
- Conscience des relations interpersonnelles (proche de l'intelligence sociale).
- Sentiments d'empathie.
- Locus de contrôle interne (attribution causale interne)
- Humour, sens de l'humour.
- Attractivité sociale (empathie, charme, charisme) (Anaut, 2015, p.66).

5.1.2. Facteurs familiaux :

- Parents chaleureux et soutien parental (au moins un des parents).
- Bonnes relations parents/enfants.
- Adéquation relationnelle/éducative.
- Harmonie parentale (entente) (Anaut, 2015, p.67).

5.1.3. Facteurs extra-familiaux :

- Réseau de soutien social (pairs, communauté d'appartenance idéologique, religieuse, spirituelle, etc.)
- Expériences de succès scolaires (ou autres réussites extrascolaires) (Anaut, 2015, p.67).

Les facteurs de protection identifiés présentent une diversité : certains sont inhérents à l'individu, tandis que d'autres dépendent de son interaction avec son environnement (famille, groupe, communauté). De plus, il est important de noter que ces facteurs et soutiens varient selon l'âge, le stade de développement et le cycle de vie des individus (Erikson, 1982). Les études longitudinales, telles que celles de Werner, Garmezy ou Rutter, mettent en évidence des

périodes de développement propices aux changements positifs pour ceux confrontés à une grande adversité. Les trajectoires résilientes, observées cliniquement, indiquent l'existence de circonstances internes et externes favorables à la résolution des difficultés passées. Ann Masten (2013) a introduit le concept de "tournants critiques" pour décrire ces phases de transition durant le développement, qui permettent de résoudre des défis adaptatifs antérieurs. Pendant ces périodes de transformation, les individus trouvent des réponses à des problèmes de développement spécifiques qui influent sur leur adaptation future, comme lors de l'entrée à l'école, la transition vers l'adolescence ou l'entrée dans la vie adulte. Par exemple, lorsqu'un adolescent abandonne une voie délinquante en devenant adulte et s'intègre avec succès dans la société. Il convient de distinguer la "désistance" de la résilience : la désistance se concentre sur la disparition des symptômes (Born, 2001), tandis que la résilience implique la transformation des obstacles en opportunités de croissance (Anaut, 2015).

5.2 Facteurs de risque chez l'enfant :

L'étude de la résilience est étroitement associée à la notion de risque. En effet, pour établir la résilience de quelqu'un on considère généralement qu'il doit y avoir la preuve qu'il y a ou qu'il y a eu une menace importante dans la vie de l'individu concerné, ce qui a constitué un risque grave du point de vue psychique et/ou physique.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) les facteurs de risque concernent « tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme » (Anaut, 2015, p.33).

La définition des facteurs de risque au sens général peut être empruntée au pédopsychiatre Daniel Marcelli (1996) qui considère comme facteurs de risque « toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieur à celui que l'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologiques » (Anaut, 2015, p.33).

Les facteurs de risque concernant les enfants peuvent être regroupés selon trois catégories :

5.2.1. Facteurs centrés sur l'enfant : la prématurité, la souffrance néo-natale, la jumeauarité, la pathologie somatique précoce (faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicaps...), les déficits cognitifs, les troubles de l'attachement liés à des séparations maternelles précoces.

5.2.2. Facteurs liés à la configuration familiale : la séparation parentale, les conflits parentaux et la mésentente chronique, la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie, la maladie chronique d'un

parent (somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et/ou immature, le décès brusque d'un proche.

5.2.3. Facteurs sociaux-environnementaux : la pauvreté et la faiblesse socio-économique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel et social de la famille, le placement de l'enfant (Anaut, 2015, p.33).

6. Critères de la résilience :

Il est possible d'identifier des caractéristiques qui sont susceptibles de favoriser un processus de résilience, à partir de celles qui ont été observées chez des individus réputés résilients. Ces critères sont multiples et sujets à discussion parmi les chercheurs qui ont proposé une pluralité d'éléments considérés comme facilitateurs des processus de résilience chez les sujets. Malgré cette diversité, on peut cependant repérer un certain nombre de critères communs parmi les recherches actuelles notamment concernant les enfants réputés résilients.

Selon Ann Masten, Karin Best & Norman Garmezy (1990), les principaux facteurs qui favorisent la résilience chez l'enfant, dépendent du développement des (6) caractéristiques suivantes :

- stabilité de l'attention ;
- capacité à résoudre les problèmes ;
- sociabilité/attractivité envers les pairs et les adultes ;
- compétence manifeste et perception de son efficacité (auto-efficacité) ;
- identifications à des modèles et rôles compétents ;
- projets et aspirations vers l'avenir ; (Anaut, 2015, p.70).

Par ailleurs, comme le souligne Ann Masten (2011) à propos de la recherche longitudinale initiée par Norman Garmezy (à la fin des années 1970 et qui a duré plus de 20 ans) auprès d'enfants de familles défavorisées, beaucoup de jeunes qui ont fait preuve de résilience avaient démontré un parcours de résilience depuis l'enfance. Ces jeunes avaient bénéficié de relations de qualité avec au moins un des parents et/ou avec d'autres adultes durant leur enfance. Ces éléments relationnels psychoaffectifs étaient associés à de bonnes capacités cognitives chez les sujets et à des compétences d'ordre socio-émotionnel (sociabilité, empathie,

etc.). Ce qui leur a permis de se protéger du contexte à risque (l'environnement familial et social délétère)

L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (Cyrulnik, 1998) :

- un Q.I. élevé, ou des capacités cognitives suffisantes,
- capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement,
- ayant le sentiment de sa propre valeur (auto-efficacité),
- de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie,
- capable d'anticiper et de planifier,
- ayant le sens de l'humour (Anaut, 2015, p.71).

7. Application clinique de la résilience :

L'un des objectifs des recherches dites appliquées concernant le modèle de la résilience consiste non seulement à étudier les processus résilients mais à tenter de proposer des modes d'activation de ces processus. Cela s'appuie sur l'hypothèse implicite d'une résilience envisagée comme un potentiel en devenir chez tous les sujets ou groupes de sujets (familles notamment) (Anaut, 2008, p.111).

Le modèle de la résilience suppose une perspective nouvelle de prises en charges des jeunes et de familles dites pudiquement en difficultés. Il encourage les intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants, à mobiliser les capacités des jeunes ou des familles. Cela donne lieu à diverses tentatives d'utilisation de techniques et de dispositifs empiriques visant à développer la résilience chez les sujets. Dans les pratiques de soin, le modèle de la résilience complète l'approche classique de la vulnérabilité, des facteurs de risque et de la psychopathologie. En effet, la résilience élargit les perspectives des pratiques cliniques en complétant la prise en compte des « caractéristiques pathogènes » par celle des « caractéristiques autogènes » (Anaut, 2005, p.9).

Les applications cliniques des théories sur la résilience peuvent concerner deux axes principaux :

- les prises en charges individuelles ou groupales des sujets en souffrance (individus, familles, communautés) ;
- l'utilisation du modèle de la résilience dans le champ de la prévention. Les pratiques de prévention visant à modérer les effets délétères dans le cadre d'une anticipation des conséquences négatives des risques encourus par les sujets (Anaut, 2015, p.146).

En effet, la capacité de résilience est une réalité fondamentale de l'expérience humaine, qui concerne tous les professionnels de la santé, quel que soit leur milieu de travail. Elle renforce notre approche humaniste envers les patients, nous incitant à adopter une perspective positive envers autrui. Comme le souligne Manciaux, cela nous pousse à réévaluer nos pratiques, en commençant par une observation plus attentive pour identifier et exploiter les ressources internes des personnes dont nous prenons soin. La résilience peut être vue comme un processus de reconstruction psychique après un traumatisme, nécessitant un accompagnement attentif pour aider les patients à rebondir. Comprendre les mécanismes d'adaptation (coping) est essentiel pour ajuster notre approche d'assistance. Les interventions de soins doivent donc viser à maintenir un équilibre dynamique entre les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, en réduisant l'exposition aux éléments stressants ou aux situations à risque (Psiuk, 2005).

Le modèle de la résilience propose une perspective nouvelle des prises en charge des personnes et des familles dites en difficulté. Il encourage les intervenants – psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants – à prendre en compte et à mobiliser les capacités des sujets ou des familles. Depuis quelques décennies, cet objectif de « promotion de la résilience » a donné lieu à diverses utilisations de techniques et de dispositifs empiriques visant à développer la résilience. Les interventions s'appuient aussi bien sur des méthodes d'entretien à visée thérapeutique ou non, que sur la construction de protocoles spécifiques destinés à aider les sujets (Anaut, 2015, p.147).

Selon Freud, la résilience se manifeste à travers la répétition des traumatismes, où le premier est crucial et le suivant révèle cette résilience. La survenue de ce dernier marque l'expression de la résilience. Les traumatismes fondamentaux surviennent dans l'enfance, tandis que d'autres surviennent plus tard, parfois bien plus tard dans la vie (Cyrulnik, 2010).

Deux aspects des premiers traumatismes semblent essentiels pour tous ceux dont le fonctionnement psychique reste largement narcissique. Pour faire face aux difficultés, l'enfant

recourt à deux mécanismes de défense régressifs : l'identification à l'agresseur et le retournement de la violence contre soi-même. Ces stratégies représentent une forme de survie, mais si elles ne sont pas surmontées, elles peuvent entraver le développement mental ultérieur. On observe souvent l'utilisation de ces mécanismes de défense chez les enfants en deuil ou chez certains adultes confrontés à un deuil traumatique. La résilience va au-delà de la simple survie aux traumatismes ; elle les intègre, les dépasse et les transcende (Cyrulnik, 2010).

8. Les limites de la résilience :

Le modèle multifactoriel de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concourent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection d'un individu face à l'adversité. Boris Cyrulnik et al. (1998) considèrent que le concept de résilience permet d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, la pédiatrie... L'intérêt de cette approche est donc de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs (ou facteurs de protection) des individus. Ces facteurs permettent d'éclairer le phénomène de résilience et complètent de manière intéressante l'approche plus classique des facteurs de risques dans la prise en compte de la vulnérabilité des individus (Anaut, 2015, p.151).

La qualité de la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les possibilités de nouer des liens, ce qui lui confère un caractère variable selon les individus et chez un même individu, au cours du temps (Anaut, 2015, p.152).

Le modèle de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concernent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection, d'un individu face à l'adversité, le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie été l'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus (Anaut, 2005, p.78).

Cette résilience a des limites, à ce propos, Rutter (1994) précise deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs protecteurs permettant

aux sujets 54 de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale. (Bouteyre, 2004, p 103).

9. La résilience à l'épreuve de l'abandon :

9.1 La résilience des enfants abandonnés :

En Algérie, les institutions qui prennent en charge les enfants et adolescents en difficulté relèvent de trois ministères : la Protection sociale, la Santé, la Justice. Les associations se développent actuellement et apportent un soutien aux structures de l'État.

Il a surtout travaillé avec des enfants abandonnés. Ces derniers sont actuellement sous la tutelle du ministère de la Protection sociale et du Travail. Avec les problèmes que vit l'Algérie, et en particulier la crise économique, la prise en charge est loin d'être idéale, sans oublier que ces enfants sont souvent stigmatisés comme enfants du péché, ce qui suscite la peur et souvent un rejet patent ou latent.

Selon les recherches (Moutassem-Mimouni, 1999) sur le devenir adulte des cohortes d'enfants nés entre 1963 et 1978 montrent des distorsions et des aberrations dans l'évolution de ces adultes. Ils présentent de grandes difficultés à être autonomes, à quitter l'institution et se considèrent comme intouchables du fait d'être pupilles de l'État :

- près de 30 % de l'ensemble de la population en institution présentent de graves handicaps (psychose, arriérations mentales). Ils sont donc totalement dépendants et constituent une lourde charge pour la société ;
- les troubles psychosomatiques sont présents chez 35 % de la population « valide » et sont cinq fois plus importants que dans la population témoin.

Les délits, bien que mineurs, sont très nombreux ;

– en ce qui concerne les adultes valides, sur le plan psychologique, ces sujets se rapprochent d'une organisation « limite » (borderline), cette classification n'est pas satisfaisante pour nous et ne rend pas compte de la complexité de leur personnalité, ni des difficultés mais aussi des stratégies d'adaptation qui leur ont permis de survivre dans des conditions très difficiles ; c'est pour cela que nous avons proposé un « syndrome de l'adulte assisté » qui se caractérise essentiellement par :

- Une grande sensibilité d'« écorché vif » et une grande susceptibilité qui rendent leur abord difficile dès que la relation dépasse les banalités,

- Une instabilité scolaire, sociale et professionnelle très importante,
- Une faible estime de soi allant parfois jusqu'à la dépréciation.

9.2 Facteurs de risques et de protection de la résilience chez l'enfant abandonné :

9.2.1. Facteurs de risques

- liés à l'illégitimité :
 - antécédents parentaux (mère débile, malade mentale) ;
 - non désiré (tentatives d'avortement : herbes, épices, médicaments, etc.) ;
 - accouchement : les mères accouchent souvent seules dans des conditions de stress, sans hygiène, sans accompagnement ni médical ni amical. Le stress subi par femme enceinte peut être à l'origine de troubles graves chez le nouveau-né (V. Lemaire du CNRS : il a soumis des rates en gestation à un stress chronique et constate qu'après la naissance, les petits rats présentaient une hypersensibilité au stress, une fragilité et une désorientation spatiale, cela pourrait expliquer, ne serait-ce qu'en partie, la grande morbidité, la surmortalité et la psychopathologie chez les enfants abandonnés).
- liés à la prise en charge :
 - mauvaise qualité de la prise en charge (discontinuité des soins, absence de figures parentales stables et sécurisantes) ;
 - manque d'hygiène ;
 - désafférentation sensori-motrice, intellectuelle, sociale ;
 - non-valeur, rejet social (haram) ;
 - non-introduction dans le symbolique (absence des rites de la naissance, de la nomination, de lien, de généalogie...). « C'est la mère qui donne à l'enfant le sentiment de sa valeur » en l'investissant, en le reconnaissant comme sien. Cette valeur témoigne du désir d'un autre qui donne sens et qui impulse une charge motrice mobilisant l'enfant et activant son propre désir d'exister par et pour lui-même. Comme le dit si bien R. Perron : « La personne humaine est d'emblée et profondément objet de valeur, elle ne peut exister, se construire et persister qu'en tant que support de valeurs » (Perron, 1971).

9.2.2. Facteurs de protection

– le tempérament (hibernation psychique) : durant toutes ces années où j’observais des enfants à la pouponnière d’Oran, j’ai noté chez les nourrissons un phénomène curieux. Alors que près de 60 % des enfants admis décédaient dans les six premiers mois, certains résistaient. Il s’agissait d’enfants qui ne pleuraient pas, dormaient beaucoup, étaient peu ouverts sur le monde, que j’ai appelés enfants « marmottes ». Ces derniers ne se développent pas mais ne meurent pas, ils entrent dans un état de marasme gravissime ou « hibernation psychique ». Dès que l’enfant trouve une personne qui l’investit, il émerge progressivement de cette léthargie : plusieurs enfants ont ainsi été totalement transformés après l’application, par des étudiants, d’un programme thérapeutique (Moutassem-Mimouni, 1990) ;

– la personne recours ;

– l’apparence de l’enfant (privilegié) : l’apparence de l’enfant joue aussi comme facteur de protection. Il y a toujours des enfants privilégiés qui sont élus par une personne de l’institution. Le seul fait qu’une personne sorte un enfant du lot en disant : « C’est mon fils/ma fille », lui donne le droit d’exister : il devient important et jouit des soins et de la stimulation du reste du personnel ;

– la garde payante/gratuite, parrainage : l’étude des dossiers des adultes (Moutassem-Mimouni, 1999) vivant dans des familles (placement familial payant ou gratuit) montre également une bien meilleure adaptation scolaire, sociale (nuptialité) et professionnelle

– le partenaire conjugal : la qualité du partenaire conjugal ainsi que la paternité ou maternité (sentiment de responsabilité de fierté, mais aussi sentiment de relancer la généalogie interrompue par l’abandon, de relancer la lignée) semblent jouer en faveur d’une meilleure adaptation. Et bien des adultes « dissipés » se sont transformés depuis leur mariage. Ceci montre qu’il n’y a pas d’âge pour la résilience, qu’une personne aussi perturbée soit-elle peut rencontrer à un moment ou à un autre une personne support ou un « tuteur » selon les termes de B. Cyrulnik (1999) qui l’aidera à relever la tête et à continuer d’avancer. Le placement familial : l’étude des dossiers des adultes (Moutassem-Mimouni, 1999) vivant dans des familles montre également une bien meilleure adaptation scolaire, sociale (nuptialité) et professionnelle.

La résilience est un processus inhérent à la vie, il y a une sorte de plasticité physique et psychique qui facilite, pour peu que les conditions internes et externes s’y prêtent, le sursaut nécessaire à la résilience. Ce processus peut se bloquer, s’enrayer à un moment ou à un autre

quand la personne se sent dépassée, débordée par l'excès de stimuli (stress, malheur, catastrophe, etc.), qu'elle n'arrive plus à traiter. La question posée est : comment amener le processus à redémarrer ? L'amitié, le soutien, l'écoute, les thérapies sont des moyens non négligeables. Mais il serait préférable d'agir au niveau de la prévention pour soutenir les populations en difficulté et éviter ainsi le ralentissement ou l'arrêt du processus. Toute personne placée dans des conditions extrêmes peut perdre son équilibre, ce qui importe c'est comment l'aider à le retrouver. La victimisation n'est certainement pas une bonne solution car elle maintient la personne en état de dépendance, cela ne veut pas dire que le préjudice ne doit pas être reconnu. Souvent ces personnes restent fixées sur le passé, il s'agit de les aider à envisager l'avenir, à le vouloir meilleur pour pouvoir changer. La thérapie joue souvent comme facteur de résilience car elle permet au sujet de ramener les choses à leur juste valeur, à s'interroger sur ses actions et réactions, à exprimer et à relativiser ses souffrances.

La résilience n'est pas et ne doit pas être une catégorisation et donc une autre forme d'exclusion, mais elle doit être une ouverture d'esprit, une empathie. Croire en la résilience c'est croire en l'espoir, croire en l'autre, en la possibilité de changer, de transformer la qualité de la vie.

III. Revue de la littérature :

Le bien-être de l'enfant est inscrit comme leitmotiv dans le discours de chaque dispositif de protection de l'enfance, de chaque pays dans le monde, alors que les intervenants de ce domaine s'efforcent de faciliter le bon développement de chaque enfant, on observe une grande disparité dans le « comment faire » et dans le « avec qui faire ».

Dans cette section, nous allons procéder à une revue de la littérature portant sur le vécu de l'abandon chez l'enfant.

1. La dépression chez l'enfant abandonné :

René Spitz, psychiatre ayant travaillé après la Seconde Guerre mondiale, a observé la dépression chez les nourrissons séparés de leur mère, notant des signes de marasme psychique et physique menant parfois à la mort. Les adultes du XIXe et début du XXe siècle étaient peu sensibles à la psychologie des nourrissons mais reconnaissaient les variations d'humeur chez les enfants plus âgés, permettant une meilleure compréhension de la dépression infantile.

Dans les années 1910, des directeurs d'agence ont noté des signes de dépression chez les enfants abandonnés, tels que la tristesse prononcée et l'apathie. Certains enfants exprimaient eux-mêmes leur tristesse, souvent liée à la séparation de leur famille. Cependant, il n'y avait pas de suicides directs liés à l'abandon, mais les carences affectives et le sentiment de honte étaient sources de souffrance pour ces enfants, parfois traduites par des affections physiques mal identifiées à l'époque (chauvaud, 2007).

Les petits enfants abandonnés à une psychopathologie propre. Le premier qui s'en soit rendu compte et le psychiatre René Spitz, qui a observé après la seconde guerre mondiale la dépression du nourrisson. Spitz s'est aperçu qu'un bébé séparé de sa mère après six mois de bonnes relations se laisse littéralement mourir. Ce marasme psychique et physique se traduit, après une phase de pleurs et de cris, par un refus de contact, une différence à l'entourage, une régression des acquisitions, une conduite anorexique, un arrêt du développement, une inertie motrice et une plus grande sensibilité aux infections, autant d'attitudes de repli susceptible de provoquer un décès (Jablonka, 2007, p.100).

Dans les années 1910, le directeur de l'agence de Romorantin, Olivier Boudard, note scrupuleusement les expressions de repli psychologique qui peuvent s'apparenter à une dépression. La tristesse prononcée d'un pupille est souvent signalée dans le dossier. Ainsi, en octobre 1912, Boudard remarque qu'une fillette de dix ans « a presque toujours une physionomie ennuyée ou triste ». Placé à Larsay à la veille de la grande guerre, un garçon "d'aspect timide et hésitant" a toujours "l'air triste ou ennuyé" et "paraît peu expansif". En 1915, une fillette de treize ans récemment placée à Loreux est "peu communicative" et "paraît triste". En avril 1920 et février 1921, une jeune fille qui a changé trois fois de famille d'accueil est hospitalisée pour dépression, il arrive que le pupille évoque lui-même sa tristesse.

De ce fait, la disparition des parents, des parents, les carences affectives et les abandons font vivement souffrir les enfants assistés (jablonka, 2007, p. 101).

2. La traduction psychosomatique chez les enfants abandonnés :

Pour mener à bien ce que les psychologues appellent des « recherches épidémiologiques d'intervention », qui consistent à évaluer les effets de l'abandon et du placement sur l'enfant, on s'intéressera à deux dysfonctionnements corporels : l'anorexie (parfois appelée « anémie » au début du XX^e siècle) et l'énurésie (qualifiée d' « incontinence » dans les rapports de la

direction et de l'inspection). Sous la Troisième République, la chlorose est toujours la maladie des orphelins.

L'énurésie, beaucoup plus répandue, touche les deux sexes et les pupilles plus jeunes. Certes, le contrôle sphinctérien est lié à la maturation du système nerveux ; c'est la raison pour laquelle personne n'attend d'un enfant de moins de deux ans qu'il soit propre. Mais le contrôle sphinctérien dépend aussi de l'environnement socio-éducatif de l'enfant et notamment des relations avec la mère, si bien qu'on peut considérer l'énurésie diurne après quatre ans comme un symptôme de troubles. Or, dans les agences de l'Assistance publique, l'énurésie est très répandue. Il est aisé (pour l'administration comme pour l'historien) de la prendre en compte, car les nourrices se plaignent systématiquement de la surcharge de travail que ce trouble occasionne et les inspecteurs répercutent les doléances dans leurs rapports (Chauvaud, 2007).

Dans les effets de l'abandon et du placement sur l'enfant, on cite deux dysfonctionnements corporels : l'anorexie et l'énurésie (Jablonka, 2007, p.102).

3. L'anormalité de caractère :

L'administration est attentive aux enfants "difficiles" et "turbulents" parmi les pupilles, lesquels peuvent être étiquetés comme "vicieux" selon la loi de 1904. Cette instabilité psychomotrice est parfois interprétée comme de l'hyperactivité. Les nourrices et les instituteurs signalent souvent ces comportements anormaux, comme des fugues, des réponses inappropriées en classe, ou des actes extravagants tels que manger du foin. De plus, l'épilepsie est une préoccupation, bien que souvent mal diagnostiquée à l'époque.

Les enfants qui posent problème sont parfois considérés comme ayant une arriération mentale, ce qui peut être une réaction de l'Assistance publique face à leur comportement difficile à gérer. Le cas de Jean Genet illustre cette incompréhension, où son échec à s'intégrer dans un cadre éducatif traditionnel a été attribué à une instabilité mentale.

En général, l'absence des parents et les placements successifs ont des répercussions psychologiques et psychosomatiques durables sur les enfants abandonnés, se manifestant par des troubles tels que l'anorexie, l'épilepsie, l'hyperactivité, la dépression et les fugues. Ces souffrances sont souvent mal identifiées et prises en charge par l'administration, malgré les efforts des directeurs d'agence et des nourrices (Chauvaud, 2007).

On récence les cas d'enfants « difficiles » (qu'il soit fugueurs, délinquants, équilibre psychologique des enfants. L'abandon a une traduction psychologique et psychosomatique durable. Ces anormalités du caractère révèlent des souffrances psychologiques (Jablonka, 2007, p.109).

4. L'estime de soi chez les enfants placés :

Parmi les différentes dimensions en lien avec les relations d'attachement, l'estime de soi a fait l'objet d'un intérêt particulier. En effet, dès la formulation de la théorie de l'attachement, Bowlby a décrit comment la construction de la représentation de soi chez un enfant s'étayait sur la façon dont la figure d'attachement répondait ou non à ses besoins (Bowlby, 1973). Quand la figure d'attachement répond aux besoins de l'enfant de manière appropriée, l'enfant se sentirait digne d'être aimé (sentiment de valeur personnelle) et se percevrait comme une personne capable de solliciter l'autre de manière efficace pour obtenir de l'aide (sentiment de performance). À l'inverse, quand la figure d'attachement ne peut satisfaire les besoins de l'enfant, celui-ci développerait une représentation négative de lui-même : indigne d'être aimé et incapable d'obtenir de l'aide d'autrui (Verschueren & Marcoen, 1999). C'est donc à partir des premières relations d'attachement que l'enfant développerait son estime de soi. Conformément à cette hypothèse, chez les enfants maltraités, les études mettent en évidence une estime de soi faible (Bolger & Patterson, 1998 ; Briere & Runtz, 1988 ; Hicks & Nixon, 1989 ; Okun, Parker, & Levendosky, 1994 ; Toth, Cicchetti, Macfie, & Emde, 1997).

Au regard des éléments théoriques sous-tendant les liens entre attachement et estime de soi, on peut s'attendre à ce que ces deux dimensions soient particulièrement déterminantes dans le devenir des enfants placés. Conformément à cette attente, une étude récente de Legault, Anawati et Flynn (2006) citait l'attachement et l'estime de soi parmi les facteurs conditionnant une adaptation psychologique satisfaisante (voir aussi Cicchetti, Rogosch, Lynch, & Holt, 1993) (Deborde & all.2016, pp.394-395).

5. Investissement de la figure d'attachement secondaire dans un contexte de placement :

Comparativement aux enfants maltraités, les enfants placés présentent la particularité d'être extraits du milieu familial, sous la responsabilité d'une figure d'attachement secondaire. Or, on sait que les Modèles internes opérants peuvent être révisés, à la lumière d'autres expériences d'attachement au fil de la vie (Miljkovitch, 2009). L'investissement de cette figure d'attachement secondaire est donc un enjeu primordial dans le cadre du placement, notamment

parce qu'il permettra à l'enfant de faire l'expérience d'une relation plus sécurisante. Dans quelle mesure la figure d'attachement secondaire, censée être plus sécurisante, est-elle investie au cours du placement ?

Dans le cas des placements en famille d'accueil, les études montrent, qu'en dépit des relations avec leurs parents biologiques, les enfants peuvent mettre en place une relation d'attachement sécurisée avec leur assistante familiale (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001 ; Moore & Palacio-Quintín, 2001 ; Ponciano, 2010). Parmi les facteurs susceptibles d'avoir un effet sur la qualité de l'investissement de la figure secondaire d'accueil, les modalités de placement semblent importantes à considérer. En effet, quand un placement est décidé, les enfants peuvent être confiés selon deux modalités : dans une institution (en collectivité), sous la responsabilité d'un éducateur référent et d'une équipe éducative, ou, dans une famille d'accueil, auprès d'une assistante familiale. En institution, l'éducateur référent a généralement la responsabilité d'un à trois enfants sur la structure et il doit également être présent pour les autres. En famille d'accueil, l'accompagnement est plus personnalisé dans la mesure où l'assistante familiale est, de par les conditions d'accueil, plus disponible. Ces deux modalités sont donc assez différentes en termes d'encadrement et de proximité avec l'enfant. Pourtant, elles ne sont pas toujours distinguées dans les études sur les enfants placés. Les quelques recherches s'y étant intéressées sont plutôt en faveur du placement en famille d'accueil. Comparativement aux enfants placés en institution, ces enfants présentaient plus de facilités dans les conduites sociales (Almas et al. En 2015, voir aussi Moulson et al. 2015), une meilleure estime de soi (Flynn, Ghazal, Legault, Vandermeulen, & Petrick, 2004 ; Gil & Bogart, 1982) et moins de troubles psychiatriques (Armsden, Pecora, Payne, & Szatkiewicz, 2000).

À notre connaissance, aucune étude n'a comparé les représentations de l'enfant vis-à-vis de sa figure d'accueil selon qu'il s'agisse d'un éducateur ou d'une assistante familiale. Pourtant, dans la mesure où la sécurité de l'attachement à la figure d'accueil pourrait constituer un facteur de résilience, il est intéressant de savoir si l'une de ses modalités d'accueil favorise la construction de représentations d'attachement secondaire plus positives (Deborde & all.2016, pp.395-396)

6. Attachement :

Si plusieurs travaux ont porté sur les représentations d'attachement à la figure secondaire pendant le placement, très peu ont abordé la question des représentations d'attachement à la mère biologique durant cette période. Pourtant, elles semblent jouer un rôle

déterminant pour la reconstruction de ces enfants. En effet, nous avons vu que la maltraitance affectait l'image de soi dans la mesure où l'enfant maltraité se sent indigne d'amour et incapable d'obtenir de l'aide. Or, pour rétablir (ou préserver) une image de soi positive, l'enfant doit prendre conscience des défaillances parentales (Miljkovitch, 2009). Quand il est encore au sein de sa famille (et donc dépendant de ses parents), cette prise de conscience serait difficile dans la mesure où il peut paraître préférable pour l'enfant d'avoir «une vision édulcorée » de son parent pour pouvoir rester à ses côtés (Miljkovitch, 2009). Cette hypothèse est confirmée par plusieurs études qui mettent en évidence la persistance de représentations d'attachement positives chez des enfants maltraités ou délaissés : 38 % pour Egeland et Sroufe (1981) et 45 % de l'échantillon d'enfants ayant des parents présentant des troubles psychiatriques sévères de Radke-Yarrow et al. (1985). En revanche, une fois placé en famille d'accueil, l'identification des problèmes au sein de la famille devrait permettre à l'enfant, en attribuant à son parent la responsabilité de ses actes, de restaurer l'image qu'il a de lui-même. Ce processus devrait le prédisposer à construire des interactions sociales futures plus gratifiantes (Miljkovitch, 2009). On peut donc s'attendre à ce que, dans un contexte de placement favorable à la résilience, les enfants aient de meilleures représentations de leur figure d'attachement secondaire que de leur mère biologique. Alors que ce mécanisme peut paraître crucial, à notre connaissance, seulement une étude a comparé les représentations aux parents biologiques et aux parents d'accueil, chez 26 sujets, placés en famille d'accueil (Moore & Palacio-Quintín, 2001). Conformément aux hypothèses théoriques, les résultats ont mis en évidence que 1. Les adolescents placés percevaient leurs parents d'accueil plus positivement que leurs parents biologiques et 2. Plus la mère d'accueil n'était investie positivement et plus les adolescents présentaient de bonnes stratégies de coping. De manière similaire, on pourrait s'attendre à ce que l'estime de soi soit en lien avec les représentations d'attachement la figure d'attachement d'accueil, plutôt qu'à celles relatives à la mère biologique. Compte tenu des spécificités de l'accueil en famille comparativement à l'accueil en institution, il serait intéressant de vérifier si ce lien est le même en fonction de la modalité de placement (famille d'accueil versus institution) (Deborde & all.2016, pp.396-397).

Dozier et al. Ont particulièrement bien étudié ce que représente l'expérience du placement et de la rencontre avec une famille d'accueil pour l'enfant. Ce dernier est plongé dans un milieu inconnu (donc potentiellement dangereux selon la théorie de l'attachement) ; il perd ses figures d'attachement antérieures, ce qui, inéluctablement et quelle que soit leur qualité, active fortement son système d'attachement et réveille donc ses stratégies de protection

habituelles. L'attachement de ces enfants est d'autant plus fortement activé dans les premiers jours d'un nouveau placement que leurs figures d'attachement principales restent inaccessibles sans qu'ils puissent espérer retrouver leur proximité, qui seule pourrait désactiver leur système d'attachement (p.96).

7. Trouble de l'attachement :

L'abandon, dès la naissance ou pendant ses premiers mois, provoque chez tous les nouveaux nés des effets semblables. À en croire la thèse de John Bowlby, il est possible d'en déduire que le nourrisson a des besoins spécifiques et primordiaux durant les premiers mois de sa vie : « l'attachement témoigne d'un besoin primaire du bébé »¹⁰. Un lien d'attachement doit obligatoirement être établi entre le bébé et le parent ou toutes autres personnes étant à sa charge. Le bébé, ayant une proximité constante avec les personnes qui l'élèvent et lui portent un intérêt considérable. Il a donc la possibilité de créer ce lien, cet attachement primordial. Au contraire, une rupture du lien d'attachement exerce une influence sur le développement de l'enfant qui va probablement être interrompu ou perturbé. Les troubles du développement sont visibles grâce aux agissements anormaux de l'enfant (Sanz, 2016, p.6).

8. Au niveau social :

L'enfant se met en retrait et n'arrive pas à construire de relation avec les personnes voisines. Cependant, d'autres domaines sont aussi touchés, mais moins fréquemment. Par exemple, l'enfant ne mange plus correctement, ou alors il éprouve des difficultés à s'endormir. La communication lui aussi est difficile. Par conséquent l'enfant troublé n'arrive pas donc pas à nouer des liens (sanz, 2016, p.8).

9. L'image de soi :

Michel Lemay affirme que le défaut affectif n'est pas la seule conséquence, il y a aussi un manque de confiance en soi. Lors de son enfance, ou même, de sa vie entière, l'image de soi est affectée. L'abandon vécu dans son enfance ne le met pas en confiance. Au contraire, il pense ne rien valoir aux yeux d'autrui. Alors, l'enfant est, dans ce cas, affecté par le sentiment d'être sans importance et possède une image négative de sa propre personne (Sanz, 2016, p.9).

10. Au niveau de l'identité :

Les personnes, s'étant fait abandonner ou plus précisément nées sous X, ressentent couramment le besoin de connaître leur identité. Sans la connaissance de leurs origines, certaines pensent qu'il est difficile de se connaître réellement. Les questions trottent dans leur tête à propos de leur identité (Sanz, 2016, p.10).

11. La résilience :

Bien que de nombreux impacts généralement semblables puissent toucher les personnes ayant été abandonnées durant leur enfance, l'abandon peut être vécu d'une manière totalement distincte. Le psychiatre, Boris Cyrulnik, étudie avec précision la notion de résilience qui survient suite à un choc émotionnel. D'après sa thèse, l'événement semble être considéré tel un obstacle à franchir pour la personne en question. Par une tout autre vision et conception de l'abandon, l'enfant arrive à devenir quelqu'un qui s'intègre correctement dans la société et dont « le malheur » subit ne l'a pas empêché de vivre sa vie normalement. Ce mécanisme s'appelle la résilience (Sanz, 2016, p.13).

12. La carence de soins maternels :

Il est désormais certain qu'un nouveau-né a besoin dans les premiers mois de sa vie d'une certaine quantité et d'une certaine qualité de soins, maternels considérés comme des stimuli nécessaires à l'élaboration des fonctions sensori-motrices. Un enfant a besoin de ces soins aussi élémentaires que sont : être bercé, caressé, lavé, massé, entouré de parole, etc.... la carence de soins maternels peut apporter des troubles sérieux. C'est ainsi qu'apparaît une régression des fonctions dans le domaine psychique et dans le domaine corporel, qui dans certains cas réalise le tableau clinique dramatique de l'hospitalisme. Plus grave encore est que des se quelles persisteront sous diverses formes, même si on rétablit des conditions de vie normales (soulé, 1965, pp.74-75).

13. Méfiance

Shoffield et Beeck insistent sur la méfiance de ces enfants placés qui ont dû, préalablement au placement, s'adapter à un environnement distordu et « effrayant », généralement marqué par la maltraitance physique ou émotionnelle. Ces enfants ont appris à ne compter que sur eux-mêmes, à ne pas faire confiance aux apparences et à surveiller étroitement l'environnement (spécialement le visage et l'humeur des accueillants). Ils risquent de

sélectionner, dans leur environnement, ce qui est congruent avec leurs attentes. Cela amplifie leur sentiment d'insécurité et de menace et stabilise encore plus leurs stratégies défensives (Henriette et al, 2011, p.97).

14. La carence affective

La carence affective est une privation de la présence de la mère ou d'un substitut maternel satisfaisant pendant plusieurs mois. Lorsque cette carence survient au cours du deuxième semestre de la première année, chez un nourrisson qui avait jusqu'alors entretenu de bonnes relations avec sa mère, une véritable maladie s'installe. Une privation d'une durée inférieure à 3 mois entraîne une dépression anaclitique, une privation plus longue entraîne l'hospitalisme (Grand dictionnaire de la psychologie, p. 134).

15. Hospitalisme :

Selon R. Spitz, état d'altération physique profonde qui s'installe progressivement chez de très jeunes enfants placés en institution et subissant une carence affective grave. Si la séparation d'avec la mère survient après 6 mois, quand une certaine forme de relation mère-enfant est déjà établie, mais sans que l'identification à une image stable soit encore possible, l'inhibition anxieuse, avec désintérêt pour le monde extérieur (dépression anaclitique), peut disparaître quand l'enfant retrouve sa mère. En cas de carence affective totale et précoce, les troubles vont jusqu'au marasme et éventuellement à la mort. Les études sur l'hospitalisme ont mené à de profondes réformes dans les conditions d'hospitalisation des tout-petits (Henriette et al, 2011, p.407)

L'hospitalisme, syndrome psychopathologique grave, survient dans la toute première enfance. Il est fait d'un ensemble de trois facteurs étroitement interdépendants : la séparation mère-enfant, les carences institutionnelles et les troubles au sein du lien mère-enfant lui-même. Dès la fin du siècle dernier, des pédiatres décrivent des états de « marasme » observés chez des nourrissons hospitalisés, états qui ne paraissent pas pouvoir être imputés à la pathologie somatique ayant suscité l'hospitalisation. La cause en est attribuée à la perte de la mère ou à l'absence de soins maternels adéquats. Néanmoins, à l'époque, et pendant plusieurs décennies, ce syndrome ne retient pas davantage l'attention. La pratique d'hospitalisation et de placement de l'enfant qui est utilisée comme mode privilégié d'intervention, tant sur le plan sanitaire que social et éducatif, se développe rapidement au cours des deuxième et troisième quarts du XXe siècle. Il faut attendre les années 1940 pour voir apparaître un regain d'intérêt et de nouvelles

études sur les troubles présentés par les jeunes enfants séparés de leur mère, études rétrospectives et anamnestiques d'une part, descriptives d'autre part (Goldfarb, 1945 ; Aubry et Appell, 1952) (David & Appel, 2014, p. 492).

IV. Etudes antérieures :

En 2024, une étude de doctorat effectuée en France, par François-Xavier Mayaux , Philippe Hugué , Laura Kurpis , Karine Petetin-Gelu , Héloïse Haliday e, Christelle Viodé , Virginie Briet , Mathilde Bretelg, qui s'intitule «*Les effets psychologiques du délaissement parental chez l'enfant placé en famille d'accueil* » cette étude vise approfondir les connaissances scientifiques sur le phénomène du délaissement parental. Au niveau thérapeutique, par sa dimension « action », cette recherche vise à transformer les pratiques professionnelles et interprofessionnelles ainsi que les dispositifs institutionnels via notamment la clinique de restitution faite auprès des sujets participants, à l'institution et aux partenaires institutionnels par des actions de formation. Concernant la pratique, cette étude consiste à proposer une définition psychologique concrète du délaissement comme aide à la caractérisation juridique de la procédure, notamment dans son appréciation qualitative autour de la question de l'empêchement parental que nous proposons de qualifier de psychopathologie de l'empêchement parental. Les chercheurs ont appuyé sur une approche mixte, quantitative et qualitative,

Vingt-deux sujets ont été sélectionnés, répartis en deux groupes cliniques dont le premier groupe est absence de relation parentale. Et le 2eme groupe y'a un désinvestissement psychique parental. Et Chacun était composé de deux sous-groupes, répartis en fonction de l'âge (5–12 ans et 12–21 ans). Le dispositif méthodologique est mixte, à la fois quantitatif par l'utilisation d'instruments standardisés et qualitatif par la mobilisation d'entretiens cliniques de recherche semi-structurés. Les chercheurs ont effectué

Utilisé les instruments de mesure des Cartes pour les Compléments d'Histoires (CCH) qui ont été utilisés pour les enfants des deux sous-groupes âgés de 5 à 12 ans, dont ce dernier investigate la construction des narratifs d'attachement, et une variante de l'Adult Attachment Interview en mobilisant l'Edicode. Quant à lui explore la construction des représentations narratives d'expérience d'attachement. Il a été réalisé pour les sujets plus âgés des deux sous-groupes des deux groupes (de 12 à 21 ans).

Sur le plan psychodynamique, ils ont réalisé une étude anamnétique approfondie de chaque sujet et ont utilisé le génogramme réel et le génogramme imaginaire, les épreuves projectives et des entretiens de recherche semi-structurée différente (clinique et expérimentale).

Le génogramme réel et le génogramme imaginaire apprécient la dynamique des filiations réelles, imaginaires et fantasmatiques des enfants. Les épreuves projectives ont utilisé le (TAT) Le test des cinq éléments appréhende les processus intrapsychiques en investiguant notamment les imagos parentales (représentations maternelles et paternelles). Les résultats obtenus dans ces études montrent l'expression de traumatisme psychique et la manifestation d'un modèle d'attachement désorganisé. Au niveau des processus psychopathologiques, aussi l'observation montre l'expression prépondérante d'équivalents dépressifs et luttés antidépressives sur un versant maniaque, des angoisses archaïques et le primat de processus primaires. Ils On apprécie également un recours intense au clivage pathologique fonctionnel et non transitoire et adaptatif. Sur le plan des modèles internes opérants et des imagos parentaux, ils constatent une surreprésentation de l'accueil familial par rapport aux familles de naissance.

En 2021, une étude effectuée en Côte d'Ivoire, par D.A. Alloh, A.N. Oka, T. Tia, M. Sie. Nome, qui s'intitule *"enfants handicapés abandonnés : quel profil dans une pouponnière en Côte d'Ivoire"* cette étude vise à définir le profil des enfants handicapés abandonnés et admis à la pouponnière les chercheuses se sont appuyées sur la méthode descriptive un échantillon de 74 enfants et adolescents présentant un handicap résident en pouponnière ont été sélectionnés. Il s'agissait d'une étude transversale réalisée pour une période de neuf mois. Les résultats obtenus dans cette étude montrent que Les enfants âgés de zéro à trois ans et six à dix ans étaient les plus nombreux (45 % des cas) avec une prédominance des sujets de sexe masculin (sex-ratio = 1,31). Ils provenaient principalement de la capitale du pays. Les tableaux cliniques des poupons étaient polymorphes parfois associés avec des malformations des membres (68,9 %), des déficiences motrices diverses, des déformations neuro-orthopédiques (59,46 %), les retards d'acquisition psychomotrice. Les besoins thérapeutiques exprimés étaient variés et superposables aux tableaux cliniques des enfants et se déclinaient en activités de rééducation, d'appareillage et de soins orthopédiques.

En 2019 une étude effectuée au Canada par Robert Louis, qui s'intitule *"activation de la résilience chez des enfants placés, du point de vue des professionnels des services de protection de l'enfance de l'Ontario, Canada"*. Cette recherche vise à étendre les connaissances relatives à l'une des conditions essentielles de ce processus d'activation, soit la présence de

tuteurs de résilience, des acteurs, ici professionnels, dont l'intervention a pour effet de soutenir les facteurs de résilience, plus encore de susciter leur activation. Le chercheur s'est appuyée sur une analyse qualitative exploratoire de récits de professionnels tuteurs de résilience, dans le but de valider et d'explorer les éléments d'analyse découlant des entretiens individuels, tout en restituant toute la complicité des implications professionnelles, ils ont effectué deux entretiens collectifs réunissant chacun dix professionnels, l'analyse des données s'est effectuée à l'aide de l'analyse de contenu thématique, grâce à cette stratégie d'analyse il ont pu découvrir la significations des récits. Le résultat montre 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 au sein de la société. Selon les participants, la présence empathique est une sous-composante de l'ouverture d'esprit. Elle permet de conscientiser le tuteur quant à la manière subjective dont l'enfant doit en effet être ressentie perceptible au quotidien par résilience ne semble pas nécessiter des talents ou des ressources extraordinaires, mais dépend plutôt de systèmes fondamentaux d'adaptation humaine.

En 2018, une étude de recherche a été effectuée en France, par E. Toussaint, A. Florin, B. Schneider, F. Bacro, qui s'intitule *"les problèmes de comportement, les représentations d'attachements et le parcours de placement d'enfant relevant de la protection de l'enfance"*. Cette étude elle vise à examiner les relations entre ces différentes variables et de déterminer si la désorganisation des représentations d'attachement médiatise la relation entre les problèmes de comportement et le parcours de placement. L'échantillon de cette étude est issu d'une population d'enfant confiés à l'aide sociale à l'enfance et accueillis dans un établissement d'accueil d'urgence. L'accueil est nécessairement transitoire et temporaire. Les participants de cette étude sont 4 enfants âgés de 4 à 10 ans dont 28 garçons (70%) et 12 filles (30%). dont l'âge moyen est de 6ans et 9 mois. Pour les utiles de recherche, en ce qui concerne les représentations d'attachement des enfants ont été étudiées grâce à la procédure des histoires à compléter. (The attachment story completion task). Créée par Bretherton et al. Le début de chaque histoire est mise en scène à l'aide de petites figurines et l'enfant est invité à la poursuivre, la passation est filmée, et pour la procédure de codage utilisée est celle de (CCH) mise au point par l'équipe de Lausanne. Pour les problèmes de comportement ont été évalués avec le (Child Behavior checklist). le CBCL comporte, dans sa version pour l'enfant de 4 à 16ans 112items décrivant les problèmes comportementaux et émotionnels les plus fréquemment manifestés par les enfants des informations relatives à l'enfant et à sa situation ont été collectées à partir de diverses

sources(entretiens avec le parents, consultations des dossiers, entretien avec le professionnelle. Les résultats en évidence le rôle médiateur de la désorganisation des représentations d'attachement dans la relation entre les problèmes extériorisés et le nombre de lieux de placement.

En 2015, une recherche effectuée à Nantes en France, par F. Bacro, A. Rambaud, C. Humbert, C. Sellenet, qui s'intitule "*Les parcours de placement et la qualité de vie des enfants de 6 à 11 ans accueillis dans des institutions relevant de la protection de l'enfance*" cette étude visa à comparer la qualité de vie d'enfants placés en institution suite à une mesure de protection de l'enfance et d'enfants vivant dans leur famille, ainsi que d'examiner ses relations avec leur parcours de placement. L'échantillon de cette étude était composé de 56 enfants âgés de 6ans à 11 ans, dont 28 étaient placés dans une institution de protection de l'enfance. Les informations sur le parcours de placements des enfants institutionnalisés ont été fournies par leurs travailleurs sociaux et la qualité de vie de tous les participants a été évaluée à l'aide du questionnaire AUQUEI. Ce rapport d'auto-évaluation, basé sur la conception que les enfants ont de leur qualité de vie, permet d'évaluer quatre dimensions distinctes en plus du score global : loisirs, performances, relations et vie familiale, et séparation. Pour les résultats de cette recherche la qualité de vie des enfants placés en institutions ne différait pas de celle des enfants vivant dans leurs familles. Cependant, sa perception était étroitement liée au parcours de placement des enfants institutionnalisés dans le système de protection de l'enfance. Alors que les enfants maltraités obtenaient des scores globaux et de performance inférieure à ceux de leurs pairs négligés, les enfants placés en famille d'accueil avant l'institution avaient une perception plus pauvre de leur qualité de vie dans le domaine de vie familles et des séparations. Enfin, les résultats de cette étude suggéraient que les enfants étaient bien conscients de leurs difficultés et qu'ils pouvaient facilement être identifiés en évaluant directement leur qualité de vie.

En 2012, une étude été effectuée à Kinshasa, par F. Mbiya Muadi, I. Aujoulat, A. Wintgens, T. Mampunza ma miezi, D. Charlier mi kolajczak qui s'intitule "*l'attachement chez les enfants abandonnés en institution résidentielle à Kinshasa*". L'objectif de cette étude est de déterminer l'effet des soins en institution sur les qualités d'attachement des enfants abandonnés. Cette étude examine les qualités d'attachement dans un groupe de 42 enfants abandonnés vivant en institution résidentielle et de 42 enfants vivant dans leur famille d'origine à Kinshasa. Tous âgés de 4 à 7ans. La méthode utilisée porte sur l'analyse des récits des enfants à travers les histoires à compléter recueillies par l'attachement story completion task(ASCT).L'instrument principal qui permis la récolte des données. Les résultats obtenus dans cette étude montrent que

les taux d'attachement des deux groupes sont différents : 47,6% vivant en institution ont un attachement désorganisé contre seulement 11,9% pour les groupes des enfants vivant en famille, 33,3% d'enfant vivant en institution ont révélé un attachement sécure comparativement à 66,7% pour ceux vivant en famille. Malgré l'écart de différence dans les qualités d'attachement des deux groupes, l'étude montre que les enfants abandonnés en institution à Kinshasa ont été réalisés un taux de sécurité plus élevé que ce que nous révèlent les études faites dans une population similaire ailleurs, cet indice suggère l'existence d'une force de résilience qu'il faudrait exploiter afin de favoriser le plus d'attachement sécurisé chez les enfants abandonnés à Kinshasa.

En 2015, une étude effectuée en France par Charlotte Castellani, Karine Ninoreille, Maurice Berger, Anne Perrin qui s'intitule « comparaison de niveau de développement d'enfant en crèche et en pouponnière est soumis à différents niveau de défaillances parentales précoces ». Le but de cette recherche est d'effectuer une comparaison entre les enfants rencontrés en famille comme décrit précédemment, et ceux qui étaient évalué en collectivité, les chercheurs ont utilisé la méthode Anova, pour l'analyse statistique des chiffres de test de seuil de significativité, ainsi le test de student qui permet la comparaison des moyennes de deux échantillons,

Le test utilisé, le Brunet-Lézine II, a été proposé à 30 nourrissons en pouponnière, groupe 4. Le groupe témoin était constitué de 30 enfants élevés dans des familles sans trouble apparent de la parentalité et accueillis en crèche au moins à mi-temps de groupe 5. Il n'y a pas de différence significative concernant le QD global (QDG) entre les deux groupes, mais davantage d'enfants de pouponnières présentent des QD partiels dysharmoniques. L'analyse des QD partiels montre que l'équivalence des QDG entre les groupes 4 et 5 est due à un QD postural supérieur souvent de 15 points dans le groupe 4.

Une recherche parallèle a été effectuée en pouponnière. Onze enfants ont été testés à leur arrivée puis un mois après, afin d'être au plus près du vécu traumatique familial puis d'évaluer l'effet protecteur éventuel du séjour en pouponnière. Le QDG de chaque enfant a augmenté de manière significative entre les deux rencontres. Le test de développement du Brunet-Lézine est apparu comme un bon indicateur de la souffrance psychique du nourrisson. L'évaluation duelle en collectivité ferait resurgir des manifestations anxieuses chez certains enfants lorsqu'ils n'ont plus l'étayage groupal des pairs, ce qui entrave leurs compétences. En pouponnière, l'intériorisation d'un modèle groupal pourrait aussi influencer la capacité d'individuation de jeunes enfants. Ces résultats ont porté sur 30 nourrissons dans le groupe pouponnière et 30 enfants témoins en crèche.

En 2014, une recherche effectuée en France, par Margot Violon, Jaqueline Wendland, qui s'intitule «les relations professionnels/ enfants dans les pouponnières et foyer de l'enfance : la notion de référence » L'objectif de la recherche est de comprendre comment la notion de référence est appréhendée et vécue par le professionnel qui a la charge d'un enfant placé en collectivité, ayant pour tâche d'étayer son développement sur une relation privilégiée mais à durée déterminée. Une étude qualitative menée auprès de sept auxiliaires de référence exerçant dans deux foyers de l'enfance permet ensuite d'approcher les enjeux de la mise en application de ce principe en France. Ainsi, le manque de formation et de temps d'analyse des pratiques sont pointés du doigt par les professionnelles comme des difficultés majeures, bien que des avantages indéniables d'une telle présence pour l'enfant soient mis en avant. A la lecture de nos résultats, nous avons vu se dessiner un amalgame de certaines professionnelles entre leur fonction de référente et la fonction maternelle. La discussion de ce point est indissociable des éléments évoqués ci-dessus puisque à Loczy, la fonction maternelle était opposée à celle de la référente.

Synthèse :

Le vécu en établissement pour enfants assistés est souvent marqué par un mélange complexe d'expériences. Ces enfants, confrontés à des défis et des situations difficiles, peuvent développer des sentiments de détresse et de découragement. La dépression peut surgir en réaction à des traumatismes, des abandons, des difficultés familiales, ou encore à un environnement institutionnel parfois peu favorable à leur épanouissement.

Cependant, malgré ces obstacles, de nombreux enfants assistés peuvent développer une incroyable force intérieure, une capacité de résilience qui leur permet de surmonter les épreuves et de trouver des sources d'espoir et de soutien. Cette résilience peut être nourrie par des relations positives avec les éducateurs, des activités thérapeutiques, ou encore par la possibilité de se reconstruire au fil du temps.

Il est important de reconnaître la complexité de ces parcours, où la dépression et la résilience coexistent souvent, et où chaque enfant réagit de manière unique à son environnement et à son vécu. Accompagner ces enfants avec empathie, compréhension et des outils adaptés peut jouer un rôle crucial dans leur capacité à surmonter les défis et à construire un avenir plus positif.

Nous achevons ainsi notre partie théorique dans ce qui suit, nous allons aborder la problématique et les hypothèses.

Problématique et hypothèses

La famille représente l'union et la continuité des individus liés par le sang, la filiation ou le mariage. Elle demeure un environnement privilégié pour l'apprentissage initial des enfants, où ils acquièrent leurs premières notions sociales, construisent leurs premières identités et bénéficient d'un cadre sécurisant. Les parents sont ainsi des acteurs essentiels et insubstituables du développement de l'enfant. Le rôle maternel revêt une importance capitale, étant une source de bien-être, d'affection et de sécurité qui contribue à façonner la personnalité de l'enfant, à renforcer sa confiance en lui-même et à lui faire prendre conscience de sa propre individualité.

Aussi, la famille est le premier environnement social dans lequel un enfant est immergé. C'est là qu'il établit ses premiers liens affectifs, apprend les normes sociales, et développe une compréhension de soi-même et des autres. Les membres de la famille, en particulier les parents, jouent un rôle crucial dans la socialisation de l'enfant, lui enseignant des valeurs, des compétences sociales et émotionnelles, et lui offrant un sentiment de sécurité et de soutien.

L'un des droits fondamentaux les plus importants dont bénéficie un enfant est celui d'avoir un foyer et une famille qui prennent soin de lui, où il est aimé, protégé, soigné, éduqué et scolarisé. Un enfant qui est abandonné se retrouve sans famille, sans père, né en dehors des liens légaux du mariage. La filiation chez les êtres humains englobe trois dimensions essentielles : la dimension biologique, qui fait référence à la parenté génétique, la dimension juridique, qui établit les droits et les responsabilités légaux, et enfin la dimension psychique, qui concerne le lien affectif et émotionnel entre l'enfant et ses parents.

Dans l'ensemble, ce sont des facteurs sociaux, économiques et culturels qui peuvent conduire à l'abandon d'un enfant, le plus souvent du fait d'une grossesse illégitime et non désirée.

Par conséquent, quand les parents ne peuvent pas s'en occuper comme il faut, les enfants doivent parfois être placés. Selon la loi, ce placement ne peut intervenir que si l'enfant est considéré comme étant « en danger » (Sécher, 2010, p.8).

Cependant, pour un enfant sans famille, le placement en institution représente souvent une réalité différente. Bien que ces institutions puissent offrir un environnement structuré avec des soins professionnels, l'absence de liens familiaux peut entraîner des défis émotionnels et psychologiques. Les enfants placés en institution peuvent ressentir un sentiment d'isolement, de perte et parfois de stigmatisation sociale. L'absence de modèles parentaux constants peut

également influencer leur développement émotionnel et leur capacité à établir des relations interpersonnelles saines à long terme, ses derniers placés en institution peuvent être confrontés à des transitions fréquentes, passant d'un lieu à un autre en fonction des placements temporaires.

Par conséquent, les enfants abandonnés représentent une population particulièrement vulnérable sur le plan psychosocial, confrontée à des défis émotionnels et comportementaux significatifs. Leur parcours complexe, marqué par le manque de stabilité familiale et affective, peut entraîner des conséquences graves sur leur bien-être mental, l'enfant placé en institution est souvent issu d'un contexte d'abandon familial, où il a été privé de l'attention, de l'affection et des soins nécessaires à son développement. Cette rupture peut avoir des répercussions profondes sur son bien-être émotionnel et son estime de soi.

Ces enfants ont souvent un parcours de vie chaotique, marqué par des environnements peu propices à leur bon développement, et des séparations, qui ne peut pas être sans conséquence sur leur développement psychique (Even & Sutter-Dallay, 2019, p.340).

Dans ce cadre, la vie en institution représente un environnement différent du cadre familial traditionnel. L'enfant est entouré d'autres enfants dans la même situation, il est pris en charge par des professionnels de la santé et du social. Cet environnement peut offrir un soutien et une structure, mais il peut aussi représenter un défi en termes d'adaptation et de stabilité affective.

En effet, L'objectif principal du placement en institution est d'offrir à l'enfant un environnement sécurisé et favorable à son développement. Toutefois, il est essentiel de veiller à ce que ce placement soit temporaire et qu'il s'accompagne d'un projet personnalisé de retour vers une famille stable, qu'elle soit biologique (réintégration familiale) ou adoptive, ou vers une autonomie progressive pour les adolescents.

Par ailleurs, Les enfants placés sont une population particulièrement vulnérable vis-à-vis des troubles psychiques (Even & Sutter-Dallay, 2019, p.344). Les études réalisées dans ce domaine montrent que les enfants suivis par la protection de la jeunesse sont une population très à risque et qu'ils présentent généralement de nombreuses difficultés sur le plan physique, cognitif, émotionnel, comportemental et social (Drapeau et al, 2003, p.2).

Parmi les études qui penchent sur l'abandon, on peut citer celle de Spitz, en 1940 il a fait une étude de comparaison entre deux groupes de nouveau-née placés en institution au sein de deux milieux différents, pour le premier groupe, il a observé des bébés séparés de leurs mères

car ces dernières sont placées en prison. Cependant, celles-ci s'occupaient de leurs enfants pendant la journée. Ces bébés recevaient donc chaque jour soins et affections, et pour le deuxième groupe, il a observé des bébés au sein d'orphelinats où les soins individualisés n'existent pas. Ces bébés vont donc recevoir des soins physiques mais n'auront aucune présence affective. Ils seront donc privés de liens affectifs. René Spitz a noté que les bébés vont entrer dans une dépression anaclitique due à la perte d'un objet. Ainsi R. Spitz a mis en évidence la nécessité d'une attention soutenue des enfants (Denoyer, 2012).

Pour Harry Harlow dans son expérience en 1958, il s'est servi de macaques rhésus, une espèce asiatique qui vit facilement parmi les hommes, pour étudier le comportement de bébés séparés de leurs mères. Il a placé les bébés dans des cages où étaient pourvus deux substituts maternels différents : la première se présentait comme une « fausse mère » en métal, froide, mais pourvue d'un biberon de lait ; la seconde se présentait comme une peluche ressemblant à un macaque adulte, chauffée artificiellement, mais dépourvue de biberon. Harlow démontra alors l'importance, avant tout autre besoin primaire, de l'attachement du bébé à sa mère quand ils sont encore petits. Le besoin de contact et de chaleur primerait donc sur la faim des bébés. La satisfaction des besoins de nourriture n'est donc pas essentielle dans l'établissement des liens entre la mère et l'enfant.

Des études plus récentes montrent que les enfants sont attachés de manière sécurisée à leurs parents d'accueil mais affichent plus de désorganisation associée. Elles étudient, entre 22 et 25 mois, des enfants placés avant 8 mois dans leur placement final. Ils ne trouvent pas de différence de distribution des *patterns* d'attachement entre le groupe des enfants placés et le groupe contrôle. Ceux qui sont sécurisés à 2 ans le sont toujours à 3 ans ; les quelques enfants qui présentent un attachement désorganisé à 2 ans le sont moins à 3 ans (Masson, 2021, p99).

On conclut à partir de là que l'abandon et le placement, entraînent chez l'enfant des conséquences significativement néfastes sur divers aspects importants de son développement. Cela peut construire un traumatisme pour certains.

La en s'appuyant sur les divers travaux cités ci-dessous, on a décidé de s'intéresser dans notre étude à la « *vulnérabilité et résilience chez l'enfant en période de latence face à l'abandon* ». Ainsi, dans ce contexte particulièrement difficile et sensible, le problème d'abandon d'enfant vient éveiller en nous un intérêt scientifique, en s'interrogeant sur leur vécu.

Par ailleurs, dans le cadre de notre recherche, on a retenue deux indicateurs cliniques qui sont la dépression et la résilience, ces deux variables correspondent à un ensemble d'indicateurs spécifiques, en revanche ces indicateurs semblent aptes à explorer profondément le vécu de l'enfant au sein de l'institution.

La dépression est un trouble épisodique, récurrent caractérisé par un sentiment permanent et envahissant de tristesse, une perte de plaisir pour les activités quotidiennes, une irritabilité et une association à certains symptômes tels que des pensées négatives, une perte d'énergie, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil et de l'appétit (Mrey, 2012, p2).

Selon Klein, la dépression est le résultat d'un conflit intrapsychique découlant de la difficulté du moi à intégrer ses pulsions agressives vécues comme trop dangereuses pour la préservation des objets investis libidinalement ou pour le maintien du lien avec eux (Arbisio, 2003, p.34).

Les investigations développées sur la population des enfants placés et leurs familles naturelles, la majeure partie des réflexions et études sur les modalités de prise en charge dans les familles d'accueil et les institutions éducatives portent sur les perturbations des enfants accueillis et les facteurs de risque. Les pratiques de prévention se centrent également essentiellement sur l'évaluation des facteurs de vulnérabilisations et la mise en évidence des troubles psychologiques et comportementaux engendrés par les dysfonctionnements familiaux et les défaillances de l'environnement psychoaffectif de l'enfant. Ces derniers ont été largement étudiés par E.J. Anthony *et al.* (1982) (Anaut, 2002, p102).

Les enfants placés en institutions peuvent être plus susceptibles de souffrir de dépression pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la rupture avec la famille biologique et le manque de stabilité dans les relations peuvent provoquer des sentiments de perte, de solitude et d'abandon chez ces enfants. Leur passé souvent marqué par des expériences traumatiques ou des négligences peut également contribuer à des problèmes de santé mentale tels que la dépression, le contexte institutionnel lui-même peut avoir des effets négatifs sur le bien-être émotionnel des enfants. Le manque d'intimité, de contrôle sur leur environnement et parfois le surpeuplement peuvent créer un sentiment d'insécurité et de stress chronique. Les règles strictes et la routine rigide dans certaines institutions peuvent également limiter leur sentiment d'autonomie et d'expression personnelle, ce qui peut contribuer à des sentiments de dévalorisation et de désespoir. On garde aussi à l'esprit, les travaux de Spitz sur l'hospitalisme et la dépression anaclitique.

En outre, le manque de ressources et de personnel qualifié dans certaines institutions peut entraîner un manque de soutien émotionnel et de soins individualisés pour les enfants. Cela peut les faire se sentir non valorisés et non entendus, aggravant ainsi leurs sentiments de détresse émotionnelle.

Les premiers travaux qui attestent de l'existence de la dépression chez l'enfant, à un âge qui correspondrait à la période de latence, lient ces troubles à une problématique psychotique. Des études plus récentes vont dans le même sens : l'enfant gravement déprimé lutte contre le risque de décompensation psychotique dissociative. Les dépressions pathologiques de la grande enfance ou de la préadolescence auraient donc valeur de prépsychose (Arbisio, 2003, pp31-32).

Ces propos rejoignent les recherches ayant en effet mis en évidence des résultats convergents concernant la prévalence des troubles mentaux chez les enfants placés. Dès lors, la santé psychique des enfants assistés est souvent fragilisée par un parcours de vie et un environnement chaotiques antérieurs à leur placement.

Toutefois, certains jeunes aux prises avec de grandes difficultés personnelles et familiales s'en sortent-ils mieux que d'autres qui, pourtant, sont exposés aux mêmes conditions ou situations de vie (pauvreté, négligence parentale, toxicomanie, situations d'abus physiques ou sexuels, criminalité, etc.). En effet, certains jeunes placés réussissent à surmonter différents obstacles sans trop de séquelles ou de conséquences graves pour leur développement personnel, psychologique et social, ces jeunes enfants et adolescents qui s'en sortent malgré les coups du sort sont appelés depuis quelques années des jeunes résilients (Drapeau et al, 2003, p.2).

Ainsi pour M. Manciaux (2001), la résilience correspond à « la capacité à résister et dépasser les situations délétères et à construire à partir des expériences adverses ». La résilience serait donc du côté non seulement de la résistance aux agressions, mais suppose le dépassement de la situation de crise et l'émergence d'un ressort psychologique, permettant au sujet de dépasser les circonstances adverses et de s'inscrire dans une certaine élaboration du trauma. Dans ce sens, la résilience permet de comprendre la créativité de certains sujets (écrivains, artistes, scientifiques) dont l'histoire de vie est marquée par des traumatismes (Anaut, 2002, p.105).

Dans ce cadre, la résilience renvoie à un processus dynamique permettant une adaptation positive en dépit d'un contexte adverse. C'est la capacité de bien vivre et d'aller bien malgré une situation défavorable. Dans cette étude, la résilience désigne des enfants et des adolescents qui ont su résister, continué à bien se développer et à se construire malgré un vécu difficile, ou pour le dire simplement ce sont des mineurs « qui tiennent le coup ». Ce concept permet de

voir les choses de façon plus positives et donc de s'intéresser aux forces et aux ressources que va mettre en œuvre l'enfant pour faire face à l'adversité.

En effet, face à la pathologie des liens familiaux, dans des contextes de carences graves et parfois d'abus et de violences intrafamiliales conduisant au placement, certains individus résistent à la menace de destruction psychique et montrent une adaptation relationnelle et sociale parfois remarquable. Il s'agit d'un comportement qui fait référence à la mise en place d'un processus résilient (Anaut, 2002).

Par ailleurs, cette étude a également pour originalité de s'intéresser à une population qui n'a pas fait l'objet d'un grand nombre de recherche concernant le concept de résilience. En effet les auteurs se sont davantage intéressés aux effets néfastes de l'abandon il faut rappeler que les premières approches de la résilience sont nées dans les années 1940 avec les études menées par Spitz et A. Freud, sur les enfants en orphelinat.

Par conséquent, pour comprendre la résilience chez les mineurs placés, nous citons l'ouvrage : *Histoire de résilience en foyer de l'enfance* (2009) de Hooland et l'ouvrage : *Résister et se construire en foyer de l'enfance* (2009) de Hooland, Carthais et Rennais, et l'ouvrage intitulé : *Adolescence, maltraitance et placement* (2012) écrit par Hooland, qui démontrent tous les trois la capacité de l'enfant ou de l'adolescent placé en institution à développer une résilience.

Le livre de Zabern (2019) nommé *Résilience assistée en protection de l'enfance*, revient sur un programme de résilience assistée à destination des éducateurs. Les résultats sont encourageants.

On cite également le livre de Joseph (2012) titré : *Résilience des enfants confiés à la protection de l'enfance en Haïti*, qui analyse les modes d'expression des ressources psychiques, personnelles et collectives mobilisées par ces enfants pour faire face aux maltraitements et traumatismes subis avant et pendant leur placement. Elle étudie également les ressentis des professionnels considérés comme des tuteurs de résilience ainsi que le contexte institutionnel de prise en charge de ces enfants. Ces enfants ont utilisé les traces résilientes et culturelles de leurs histoires pour reconstruire. Une image familiale, une image de soi partageable en dépit de leurs situations chaotiques.

On cite aussi la thèse de Boukerrou (2023) sous le thème « *Attachement, abandon et résilience chez l'enfant scolarisé. Étude en Foyer d'accueil pour Enfance Abandonnée dans la*

wilaya de Constantine » qui vise à déterminer Le registre défensif mobilisé dans la résolution des conflits liés à l'abandon vécu ainsi la qualité de l'espace imaginaire, en tant que mécanisme de résolution de la problématique d'abandon sur un mode fantasmatique et Le travail de mentalisation de l'abandon, élément essentiel à une résilience à long terme. La chercheuse s'est appuyée sur la méthode projective. Un échantillon de 9 fillettes abandonnée scolarisée et vivante en Foyer d'accueil a été sélectionné. L'approche clinique a été adoptée et se base dans un premier temps sur des entretiens semi-directifs afin de sélectionner des fillettes qui semblait posséder un profile résilient. Ainsi le collecte des informations avant et après le placement en foyer d'accueil, la chercheuse a effectué une série de trois tests projectifs on trouve les aventures de patte-noir, le thématique apperception (TAT) et le dessin du bonhomme qui visait l'analyse des déterminants intrapsychiques de la résilience. Les résultats obtenus dans cette étude montrent que huit petites fillettes semblent s'inscrire dans une dynamique de résilience. Dont leur âge et de 8 à 12ans, car ces dernières mobilisent un registre défensive varié dans la gestion des conflits liés à l'abandon vécu.

En 2012, une étude de doctorat effectuée en chaine par Ling Han Ning qui s'intitule «la vie psychique et sociale des enfants dans les orphelinats chinois » cette étude vise sur la façon dont les enfants dans les orphelinats chinois vont s'organiser psychiquement et socialement pour faire face à ce double traumatisme, celui de l'abandonne et celui du placement. Cette étude est basée sur une recherche exploratoire qui consiste en l'observation sur le terrain et les entretiens avec 3 nurses est réalisée au sein de deux orphelinats chinois pour le recueil des données s'est déroulé auprès de 16 enfants de 7 à 12 ans avec les outils méthodologiques qui sont l'entretien et le dessin et le test des contes. Les résultats montrent que les enfants présentent des défaillances dans les représentations de soi et par des sentiments négatifs, des défaillances dans la relation à l'autre de l'ordre de la pathologie du lien, et que pour faire face à leur situation, certains enfants peuvent entrer dans un processus de résilience qui s'observe par les mécanismes de défense qu'ils utilisent ou par la référence à un tuteur de résilience.

En 2012, une étude effectuée en Algérie, par Chioukh Rabiha qui s'intitule «les enfants abandonnés entre prise en charge et marginalisation sociale cas de pouponnière de Boukhalefa Tizi-Ouzou» la recherche s'est penchée d'une part sur leur prise en charge en sein de cette institution et sur la marginalité sociale dont ils souffrent d'autre part. L'auteur a objectif de comprendre entre autres, les raisons de la création de cette institution, et le regard que réserve la société à ce genre de phénomène dans un milieu comme celui de la Kabylie connue par la rigueur de ses coutumes et de ses traditions. Cette étude s'est appuyée sur une méthode

descriptive qui se base sur une observation et une enquête. Les résultats de cette étude montrent que la pouponnière de Boukhalefa accueille les enfants abandonnés par les mamans célibataires au niveau des maternités privées et publique de la wilaya, ainsi que des enfants trouvés sur la voie publique, et aussi des enfants de parents en détresse.

Dès lors, on retrouve dans cette étude, une description de deux types de réaction de ces sujets face à leur inscription dans un destin d'enfants abandonnés et assistés : d'une part des symptômes dépressifs, d'autre part ce qu'on a désigné comme la résilience.

Ce qui a été cité ci-dessus semble donc nuancer la prépondérance de la psychopathologie et de la vulnérabilité des mineurs placés.

Pour réaliser cette recherche, on a adopté l'approche descriptive. Elle cherche à refléter le phénomène tel qu'il est perçu dans la réalité humaine consciente du sujet.

Ainsi, le choix de l'approche descriptive repose principalement sur sa capacité à refléter l'expérience vécue par le sujet. Cette approche nous permettra de décrire les aspects anamnestiques tels que l'âge, l'impression générale lors de l'enquête, la composition familiale, le parcours scolaire et les événements marquants de l'histoire du sujet. De plus, elle nous permettra également d'examiner les signes et symptômes de nature dépressive liés au placement en institution, à la fois d'un point de vue anamnestique et sémiologique et identifier les signes éventuels de résilience. En résumé, cette approche nous permettra de recueillir les données descriptives nécessaires à notre étude, notamment les paroles échangées et les comportements observables.

Dès lors, nous avons opté pour la méthode qualitative descriptive et la technique de l'étude de cas pour recueillir nos données. Pour vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'utiliser trois outils d'investigation : un entretien de recherche semi-directif, l'échelle CDI (Inventaire de dépression de l'enfant) pour évaluer la dépression chez l'enfant, et le CYRM-28 pour mesurer la résilience chez les enfants, étant les outils le plus couramment utilisé à cette fin.

Après avoir exploré et réfléchi sur ce thème, nous avons formulé nos questions et nos hypothèses de la manière à prendre en compte les deux cas de figure de vécu de l'abandon retenu dans notre étude (dépression/résilience).

Question générale :

Quelle est la nature du vécu de l'abandon chez les enfants en période de latence placés à l'établissement pour enfants assistés ?

Pour englober les deux cas de figures éventuels, nous avons formulés les questions suivantes

Questions partielles :

- 1- Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, sont-ils susceptibles de présenter un trouble dépressif ?
- 2- Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, sont-ils susceptibles de présenter une résilience ?

Hypothèse générale :

La nature du vécu de l'abandon chez les enfants, en période de latence, placés à l'établissement pour enfants assistés, diffère d'un sujet à un autre. Pour certains, on trouve un mauvais vécu qui donnerait lieu à une symptomatologie dépressive (modérée ou sévère) avec une résilience moindre (très faible ou faible) pour d'autres on trouve des enfants qui tiennent le coup caractérisé ici dans notre étude par la présence d'une résilience (niveau moyen ou de haut niveau) et une absence de dépression ou un niveau faible (légère ou mineure).

Hypothèses partielles :

- 1- Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, présenteraient une dépression.
- 2- Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, seraient résilients.

Opérationnalisation des concepts :

Enfant :

Enfant désigne un être humain à un stade spécifique de son développement, généralement de la naissance jusqu'à l'adolescence. C'est une période marquée par des transformations physiques, cognitives, émotionnelles et sociales significatives. Sur le plan physique, l'enfant se caractérise par une croissance rapide et des étapes clés telles que l'acquisition de la marche, du

langage et le développement des compétences motrices. Sur le plan cognitif, l'enfant développe ses capacités intellectuelles, sa compréhension du monde, ses compétences de raisonnement et d'apprentissage. Sur le plan émotionnel et social, l'enfant explore ses émotions, apprend à interagir avec les autres, à développer des liens affectifs et à comprendre les normes sociales. En somme, l'enfant représente une phase cruciale de l'existence humaine, où se construisent les bases fondamentales de son identité, de son comportement et de ses relations avec le monde qui l'entoure.

L'abandon :

L'abandon est défini comme l'acte par lequel un enfant est laissé sans soutien ou soins par ses parents ou tuteurs, entraînant des conséquences émotionnelles, psychologiques et sociales. Pour mesurer l'abandon, on utilise divers indicateurs, tels que le sentiment de rejet, l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, et les styles d'attachement, à travers des questionnaires, des entretiens, des observations et des tests standardisés. Cette approche permet d'analyser les impacts de l'abandon et de développer des interventions appropriées pour soutenir les enfants concernés.

Placement en établissement pour enfant :

Cela implique de définir les caractéristiques des établissements, comme la qualité des installations et des programmes éducatifs, ainsi que le bien-être des enfants, leur adaptation et leur suivi post-placement. Les données sont recueillies par des questionnaires, des entretiens et des observations pour analyser l'impact du placement sur le développement et le bien-être des enfants, afin d'orienter les pratiques et politiques pour une prise en charge optimale. L'évaluation des besoins de l'enfant et des conditions familiales, les procédures légales, la sélection d'un établissement adapté, la préparation et l'intégration de l'enfant, le suivi et l'évaluation réguliers, la participation de l'enfant et de sa famille, et la formation continue du personnel sont également des éléments clés. Tout cela vise à garantir la sécurité, le bien-être et l'épanouissement de l'enfant placé, tout en maintenant des standards de qualité et en effectuant des ajustements basés sur des réévaluations périodiques.

Vécu :

Le concept de vécu renvoie à ce que l'on a connu et ressenti dans sa vie, particulièrement lors d'expériences réelles, et aux impressions qui en découlent. Il englobe les pensées, les

émotions et le sentiment de soi. Le vécu psychologique varie évidemment d'une personne à l'autre. Chez l'enfant, cette expérience est bien réelle et diffère de celle de l'adulte en raison de l'âge, du niveau de développement et de la dépendance à l'entourage. Dans notre recherche, nous nous intéressons au vécu de l'enfant abandonné : comment cet enfant réagit-il face à des situations pénibles et comment se déroule le processus d'acceptation de cette nouvelle réalité.

Dépression :

La dépression chez l'enfant abandonné est une réalité complexe et préoccupante qui peut avoir des répercussions significatives sur son bien-être émotionnel et son développement. L'absence de stabilité affective et familiale, associée au sentiment de rejet et d'abandon, peut conduire à des troubles dépressifs chez ces enfants. Les symptômes de la dépression peuvent se manifester par une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, des troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi que des difficultés de concentration et des pensées négatives. Dans notre étude, et suivant les recommandations des auteurs spécialisés dans l'échelle CDI, on considère qu'il y a dépression si le score total est égal ou est supérieur à 19. De ce fait, la confirmation de l'hypothèse ne se fera qu'à partir de ce seuil, car c'est le seuil de dépression généralement utilisé.

Résilience :

La résilience chez l'enfant abandonné est une qualité remarquable qui témoigne de sa capacité à rebondir face à l'adversité. Malgré les traumatismes et les défis auxquels il est confronté en raison de son histoire d'abandon, l'enfant résilient parvient à développer des stratégies adaptatives pour surmonter ces obstacles. Cette capacité à s'adapter et à se reconstruire est souvent soutenue par des ressources internes telles que la confiance en soi, la capacité à exprimer ses émotions de manière saine, ainsi que des ressources externes comme le soutien social et l'accès à des services d'accompagnement psychologique. En puisant dans ces ressources, l'enfant abandonné résilient peut transformer ses expériences difficiles en opportunités de croissance personnelle, renforçant ainsi sa capacité à faire face aux défis futurs. Dans notre étude, et suivant les recommandations des auteurs spécialisés dans l'échelle CYRM-28, on considère qu'il y a résilience si le score total est égal ou est supérieur à 106. De ce fait, la confirmation de l'hypothèse ne se fera qu'à partir de ce seuil car c'est le seuil de résilience généralement utilisé.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Toute recherche nécessite une méthodologie appropriée, nous allons maintenant aborder l'aspect pratique, qui englobe la méthodologie de recherche. La recherche scientifique peut être définie comme un ensemble d'activités et d'expériences menées dans un cadre scientifique spécifique. Cette démarche de recherche suit un protocole précis, utilisant divers outils et instruments tout au long du processus sur le terrain. Son objectif est d'expliquer le déroulement de la recherche, de guider et d'organiser le travail de manière objective, tout en vérifiant les hypothèses liées à la problématique de recherche.

À travers ce chapitre, nous allons donc présenter les limites de notre recherche, ensuite nous nous attarderons sur la méthode sur laquelle nous nous sommes appuyés pour effectuer notre recherche. Par la suite, nous allons présenter le lieu où nous avons mené notre groupe de recherche, puis nous mettrons en avant : les outils de recherche et leur analyse. Aussi, nous évoquerons le déroulement du pré enquête et de l'enquête en elle-même, l'attitude du chercheur, et enfin nous terminerons par les difficultés de la recherche, suivie d'une synthèse du chapitre.

1. Les limites de la recherche :

Les délimitations de notre étude sont les suivantes :

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au niveau d'un établissement pour enfants assistés Chahida Djellaya Zahoua dans la wilaya de Bejaia.
- Limite temporelle : Du 10 mars 2024 au 23 avril 2024.
- Limite de groupe : l'étude s'est portée sur 5 enfants assistés
- Outils de recherche : l'entretien de recherche semi-directif, l'échelle de la résilience (CYRM-28) et inventaire de dépression d'enfant- Children Depression Inventory (CDI).
- Approche : descriptive.

Nous allons dans ce qui suit exposer la méthode que nous avons utilisée dans notre travail de recherche.

2. Méthode utilisée dans la recherche :

La recherche scientifique en psychologie, tout comme dans tous les autres domaines de l'exploration scientifique, est une démarche rationnelle et organisée visant à comprendre les phénomènes. Cela souligne l'importance du choix de la méthode de recherche, qui doit être alignée sur les objectifs du chercheur.

Dans ce cadre, nous avons opté pour la démarche qualitative qui est une technique de recherche utilisée fréquemment sur le terrain en sciences humaines et sociales et notamment en psychologie clinique. Toutefois, les méthodes qualitatives possèdent un spectre d'utilisation à la fois spécifique et relativement large : elles sont mobilisées comme méthodes exploratoires. Elles permettent essentiellement de faire apparaître des dimensions qui ne sont pas directement visibles par le biais des approches quantitatives (Alami et al. 2013, pp.8-9).

Cette approche qualitative nous aide à décrire, interpréter et donner un sens aux phénomènes étudiés. Les résultats obtenus dépendent étroitement de la méthodologie de recherche employée par le chercheur. C'est pourquoi nous considérons que l'approche qualitative est particulièrement adaptée à notre étude exploratoire, car elle nous permet d'atteindre notre objectif principal qui est de décrire et de comprendre le vécu des enfants assistés. Effectivement, Cette approche nous permet d'examiner de manière descriptive les aspects qualitatifs qui définissent la nature de leur expérience, en se concentrant particulièrement sur deux aspects que nous avons identifiés, la dépression et la résilience.

De plus, une étude dans le domaine des sciences humaines et sociales est toujours une expérience en évolution. Plus précisément, le domaine qualitatif comporte de nombreuses incertitudes, car ses activités ne suivent pas la même prévisibilité que la recherche expérimentale. Par "enquête qualitative de terrain", nous faisons référence à une recherche qui implique une relation personnelle avec les sujets de l'étude, principalement à travers des entretiens et l'observation des pratiques au sein des environnements dans lesquels les acteurs évoluent. Cette enquête est qualifiée de "qualitative" pour deux raisons principales : d'abord, parce que les outils et les méthodes utilisés sont conçus pour recueillir des données qualitatives (tels que des témoignages, des notes de terrain, des images vidéo, etc.) et pour les analyser qualitativement (c'est-à-dire pour en extraire le sens plutôt que de les transformer en données brutes). Ensuite, elle est qualifiée de "qualitative" car tout le processus se déroule de manière "naturelle", sans recourir à des dispositifs sophistiqués ni à des situations artificielles, suivant ainsi une logique proche des personnes impliquées (Paillé & Mucchelli, 2021, p. 15).

Pour mener à bien notre étude et répondre à notre question de recherche, nous avons opté pour « la méthode clinique ». Cette approche globale des situations, qui tient compte de la singularité des individus, de la concrétude des situations et qui offre une collecte d'informations vaste et authentique, nous semble la plus appropriée. La méthode clinique accorde une grande importance à la signification, à l'implication, à la singularité et à la totalité, ce qui en fait le

choix idéal pour effectuer tous les contrôles requis liés à nos hypothèses, tout en permettant une expression individuelle significative.

En ce sens, la méthode peut être définie comme « *l'ensemble de démarches que suit l'esprit pour découvrir et démontrer la vérité dans les sciences* », et également comme « *L'ensemble des démarches élaborées et habituellement suivies au sein d'une discipline donnée* » (Demont, 2009, p.39).

Plus précisément, c'est « *une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* » (Sillamy, 2003, p.58). Donc, la méthode clinique s'attache à comprendre les caractéristiques et les spécificités des individus de manière approfondie et authentique par rapport à la réalité.

D'après Lagache elle envisage « la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». Elle répond aux exigences de référence à la singularité des sujets et la totalité des situations concrètes. Elle utilise l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation, l'étude de cas (Lagache, 1949, cité dans Fernandez & Pedinielli, 2020, p. 14).

Aussi, la méthode clinique est employée non seulement dans la pratique pour diagnostiquer et aider thérapeutiquement les individus en souffrance, mais aussi dans la recherche. Son objectif principal est de répondre aux besoins concrets des individus en détresse, en se focalisant sur chaque cas spécifique tout en reconnaissant leur individualité sans s'y limiter strictement. Elle se compose de deux niveaux complémentaires : le premier niveau utilise des techniques telles que les tests, les échelles et les entretiens pour recueillir des informations in vivo, minimisant leur séparation du contexte naturel et respectant la situation globale ; le second niveau implique une étude approfondie et exhaustive du cas. Le premier niveau fournit des informations sur un problème spécifique, tandis que le second vise à comprendre l'individu dans son ensemble, ce qui est essentiel notamment dans les recherches portant sur la psychopathologie ou l'adaptation (Fernandez & Pedinielli, 2006, p.43).

Dans ce cadre, nous avons choisi d'utiliser la méthode clinique car elle permet une description détaillée et illustrative d'un phénomène psychologique. En particulier, elle nous aide

à comprendre profondément l'expérience des enfants assistés, notamment en ce qui concerne la dépression et la résilience, en explorant leurs sentiments, émotions, pensées et autres aspects. En décrivant chaque cas de manière unique et approfondi, et en mettant en lumière leur situation dans son ensemble, l'étude de cas devient ainsi un outil essentiel en psychologie pour établir et mettre en avant le contexte et le contenu de manière approfondie.

Selon Huber (1987), l'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Fernandez, 2012, p.2).

Également, Stiles (2004) soutient que l'analyse de cas offre des résultats exprimés verbalement plutôt que numériquement, favorise l'empathie et une compréhension subjective plutôt qu'une analyse distante et objective, et place les données dans un contexte individualisé plutôt que dans une perspective de valeurs absolues (Schauder, 2012, p. 2).

Les études de cas sont bénéfiques pour explorer des phénomènes encore mal compris ou des aspects psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire par des expérimentations. Dans les domaines des sciences humaines et sociales, le terme "étude de cas" désigne une méthode d'investigation visant à analyser et comprendre en profondeur toutes les caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène spécifique (Albero et Poteaux, 2010, cité par Barfety-Servignat, 2021).

Par conséquent, nous avons choisi d'utiliser l'étude de cas, qui nous semble être la méthode la plus appropriée pour notre étude. C'est particulièrement dans le cadre de la recherche qualitative que les propriétés de l'étude de cas peuvent être pleinement exploitées. Van De Ven et Rogers (1988), citant Eisenberg (1986), soulignent que "la signification est la question centrale de la recherche qualitative" (Collerette, 1997, p.82). Selon Claude Revault d'Allones (1989), l'étude de cas "vise à dévoiler la logique d'une histoire de vie unique confrontée à des situations complexes nécessitant des interprétations à plusieurs

Pour résumé, nous avons opté pour la méthode clinique et l'étude de cas dans une approche qualitative afin de confirmer nos hypothèses et d'atteindre nos objectifs. Nous estimons que cette méthodologie exige de la discipline et de la rigueur pour mener à bien une étude exploratoire.

Dans ce qui suit, nous allons procéder à la présentation de notre lieu de recherche.

3. Présentation du lieu de recherche :

Cette étude a été réalisée au sein d'un établissement pour enfants assistés à Bejaia qui a ouvert ses portes le 16-juin-2004, c'est un établissement qui prend en charge tous les placements effectués par la direction de l'action social et de la solidarité (DASS), et par voie judiciaire, il assure la prise en charge des enfants abandonnés.

Sa structure est composée d'un bureau de la directrice et une salle de réception et d'orientation, et dans le bloc pédagogique y trois bureaux (chef service, psychologues, infirmières), 3 dortoirs (une chambre pour les garçons et chambre pour le les filles et une autre pour les bébés), une salle pour les activités et la psychomotricité, une salle pour loisirs et jeux et une salle de prière, une cuisine, une salle à manger, une grande cour

4. Présentation du groupe de recherche :

Notre recherche s'est effectué auprès des enfants assistés il se compose de 5 enfants en période de latence (9-12ans), sélectionnés à partir des critères de sélection présentés ci-après :

4.1. Critères d'inclusion

Les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas sont les suivants :

- Des enfants abandonnés dès la naissance et placés dans un établissement pour enfants assistés.
- Des enfants dont l'âge varie entre 6 ans à 12ans, car notre recherche porte sur les enfants en période de latence.
- Enfant en bonne santé c'est-à-dire absence de handicap physique, psychique ou mental.
- Consentement libre et éclairé des enfants et du responsable légal de cet enfant.

4.2. Critères d'exclusion

Dans notre recherche, nous avons exclu les critères suivants :

- enfant non abandonné dès la naissance.
- Enfants dont l'âge est inférieur à 6 ans et supérieur à 12ans.
- Enfant ayant une problématique de handicap physique, psychique ou mental.
- Absence de consentement.

Nous allons présenter ci-dessous les caractéristiques de notre groupe de recherche sous forme de tableau. Pour garantir l'anonymat des participants conformément aux règles éthiques et déontologiques de la recherche en psychologie clinique, les prénoms des cas ont été modifiés.

Tableau N °2 : Caractéristiques du groupe de recherche.

Information Prénoms	Age	Niveau scolaire
Lina	12ans	1 ^{er} Année secondaire
Yacine	11ans	4 ^{Emme} Année primaire
Salim	12ans	5 ^{Emme} année primaire
Youcef	11ans	1 ^{er} Année primaire
Ilyes	9ans	2 ^{Emme} Année primaire

(Fait par nous-mêmes)

À partir du tableau illustré ci-dessus, on constate que notre groupe de recherche se compose d'une fille et de 4 garçons dont l'âge varie entre 09 et 12ans, ils sont scolarisés.

Notre population d'étude est restreinte car certains enfants ne correspondaient pas à nos critères de sélection et que les personnes responsables de l'établissement ne nous ont pas accordé le consentement à se rapprocher des autres enfants.

Nous allons par la suite présenter nos outils de recherche sélectionnées pour mener cette étude.

5. Outils de recherche

Par la suit, nous explorerons les outils que nous avons employés dans notre travail de recherche. Nous avons tout d'abord utilisé l'entretien de recherche, en particulier l'entretien semi-directif, pour établir un premier contact avec nos sujets de recherche et instaurer une

relation de confiance en plus des entretiens avec l'infirmière l'éducatrice et la psychologue, avant de procéder à la passation des échelles. Cette méthode nous a également permis de recueillir des indices concernant (d'éventuelles manifestations) sur la dépression ainsi que sur la résilience des sujets. De ce fait, l'entretien de recherche permet de fournir une description qualitative du vécu des enfants assistés.

Ensuite, nous avons opté pour deux instruments psychométriques. Le premier est l'échelle de dépression CDI, pour évaluer le niveau de la dépression chez l'enfant entre 8-12ans. Le second est l'échelle de la résilience CYRM-28, pour évaluer le niveau de la résilience chez l'enfant

Ces échelles nous permettent de mesurer de manière objective les indices cliniques pour lesquels nous avons opté : la dépression et la résilience, dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche.

Enfin, il est à noter que ces outils sont adaptés à l'âge de nos sujets, et aux caractéristiques de notre groupe de recherche.

5.1 L'entretien de recherche :

Le caractère sensible de cette recherche préconise l'utilisation d'outils qualitatifs afin de libérer la parole.

L'entretien clinique est une composante essentielle de la méthode clinique et des techniques d'investigation en sciences sociales. Il représente un moyen privilégié pour explorer les perceptions subjectives d'un individu. Habituellement, il se déroule dans un cadre d'assistance ou de soins psychologiques, de diagnostic ou d'évaluation psychologique, et parfois, comme c'est le cas ici, dans un contexte de recherche.

L'entretien peut être défini simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. C'est le synonyme de conversation, discussions ou dialogue (Bénony & Chahraoui, 1999, p.).

Dans l'entretien clinique de recherche, le terme clinique », dérivé du grec kliné (« lit », c'est-à-dire l'entretien au chevet du patient), fait référence à trois aspects particuliers: 1) l'inscription dans le domaine des compétences professionnelles du clinicien 2) une attitude clinique particulière relevant autant d'une conception méthodologique axée sur la connaissance détaillée de l'individu que d'une approche éthique d'un sujet en détresse ; et 3) les compétences cliniques et pratiques de la personne qui conduit l'entretien de recherche. Choisir l'entretien

clinique de recherche en psychologie clinique s'inscrit dans une certaine position épistémologique qui estime que la saisie de l'expérience subjective est indispensable à l'élaboration des connaissances dans ce champ. Il présume au surplus qu'elle peut être abordée avec une rigueur tout à fait scientifique, et cette position se distingue en cela des schémas positifs pour lesquels cette conception est peu ou pas objectivable de manière rationnelle (Chahraoui, 2021, pp. 196-197).

Au sens commun, s'entretenir avec quelqu'un c'est discuter avec lui, échanger des propos sur un ou plusieurs thèmes, il peut être réalisé entre amis, avec la famille ou bien au travail. Au sens scientifique, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs individus (Hamel, 2011).

Par la suite, l'entretien clinique se définit comme « *une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien* » (Chouvier & Attigui, 2016, p.24).

L'écoute active revêt une importance cruciale dans le contexte des entretiens cliniques. Elle implique de se focaliser sur l'autre et de lui accorder un espace pour s'exprimer. Cette forme d'écoute devient active lorsque l'auditeur s'engage activement dans la compréhension du message. En favorisant une relation de confiance, une attitude d'écoute active permet de recueillir des informations exhaustives et fiables au cours d'une interaction. Elle se manifeste par un questionnement actif et des relances pour encourager l'expression et comprendre les ressentis émotionnels d'une personne face à une situation donnée (Guittet, 2013, p. 83).

La qualité de l'expression et des informations échangées dépend directement de la qualité de cette écoute. Les éléments non verbaux, les émotions perçues et les discours se complètent mutuellement. L'empathie, dans ce contexte, représente la capacité à comprendre et ressentir affectivement et intellectuellement ce que l'autre éprouve. Cela implique de se mettre à sa place en interprétant les signaux non verbaux (comme les attitudes, gestes, mimiques et voix) ainsi que les éléments verbaux (contenu du discours, nuances spécifiques) (Guittet, 2013, p. 84).

L'entretien est une méthode omniprésente dans la plupart des branches de la psychologie, dès lors que le sujet peut s'exprimer verbalement. Son utilisation requiert une

réflexion théorique approfondie, notamment sur les liens entre langage et pensée, langage et émotions, langage et inconscient, langage et processus d'influence, langage et pratiques sociales, et bien d'autres aspects. En psychologie clinique, l'entretien est un outil fondamental qui nous permet d'accéder aux représentations, émotions et vécus du patient. Il est mené en fonction des objectifs, du cadre et en réponse aux besoins spécifiques de notre recherche (Amy & Piola, 2005, p.).

Ainsi, pour notre recherche, nous avons choisi d'utiliser l'entretien de recherche, car il s'avère être la méthode d'investigation la plus appropriée pour notre thème portant sur la dépression et la résilience chez les enfants placés. En effet, les entretiens avec nos sujets vont encourager leur expression et les aider à exprimer la manière dont ils vivent leur placement en institution. De plus, l'entretien permet de créer un climat de confiance avec le sujet, ce qui le pousse à discuter de sa situation, de ses sentiments à l'égard de son placement et des impacts de celui-ci sur sa vie en général.

Entretien de recherche avec l'enfant :

Puisque notre population de recherche concerne les enfants assistés, il est donc important de parler de l'entretien de recherche avec l'enfant.

L'entretien avec l'enfant présente une réelle spécificité, qui tient compte de la plasticité du psychisme de celui-ci et de son niveau d'évolution développementale. En fonction de l'âge de l'enfant, suivant qu'il se trouve dans la période dite de la petite enfance, de la moyenne enfance ou de la latence, la rencontre se déroule de manière différente et les modes d'intervention du clinicien sont utilisés chacun singulièrement. Plusieurs paradigmes théorico-cliniques peuvent néanmoins être mis en évidence quant à la particularité de la consultation avec l'enfant (Chouvier, 2016, p.79).

Pendant la phase de latence, l'enfant devient sensible à l'opinion des autres et peut rester sur la réserve pendant de longues périodes. Il se méfie souvent des idées imaginatives, mais il s'exprime volontiers à travers le dessin. Il est également capable de s'exprimer verbalement avec aisance et peut même engager un dialogue direct avec le clinicien (Dumout, Dunezat, Dezalexandere & prouff, 2004, p. 102).

Cependant, il y a trois types d'entretiens utilisés en psychologie clinique. On distingue ainsi l'entretien non directif, l'entretien directif et l'entretien semi-directif. L'entretien non directif se caractérise par la libre expression du sujet à partir d'un thème donné par l'enquêteur.

Celui-ci se contente de prendre note du discours sans poser d'autres questions. En revanche, dans l'entretien directif, l'interviewé répond aux propositions suggérées par le chercheur en répondant à des questions directes selon un protocole établi à l'avance. Enfin, l'entretien semi-directif permet de recueillir des données à partir d'un ensemble de thèmes clairement définis par le chercheur dans un guide d'entretien.

Ainsi, il est impératif de sélectionner le type d'entretien le plus adapté aux objectifs du chercheur et à l'approche choisie, afin de mener à bien l'enquête. Pour notre part, nous avons opté pour l'entretien semi-directif, qui nous semble être le plus approprié pour atteindre notre objectif de recherche. Ce choix s'explique par le fait que ce type d'entretien nous permet de recueillir des informations essentielles sur l'expérience des enfants assistés. Les questions semi-directives structurées et claires guident le sujet pour qu'il puisse répondre librement, élaborer ses réponses et les développer. De plus, cela nous offre la possibilité de discuter nos hypothèses de recherche en orientant la narration du sujet vers notre thème d'étude. En permettant au sujet de s'exprimer avec une certaine liberté tout en restant dans le cadre de notre recherche, cet entretien favorise un dialogue pertinent et enrichissant.

Plus précisément, selon Berthier (2010) « l'entretien semi-directif combine attitude non-directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance ». L'entretien semi-directif a plus de souplesse que l'entretien directif puisque, disposant d'un guide d'entretien tout aussi structuré, l'enquêteur posera les questions dans l'ordre le plus adapté au discours de l'enquêté. Pour Desanti et Cardon (2010), l'enquêteur peut également opter pour un guide d'entretien thématique comptant une liste de thèmes à aborder sans question préédigées (Berthier, 2010 ; Quivy & Van Campenhoudt, 2006 ; Desanti & Cardon, 2010, cité dans Sauvayre, 2013, p.9).

Par conséquent, pour collecter les informations suffisamment nécessaires permettant d'enrichir son étude, le chercheur doit se servir de l'observation au cours de l'entretien pendant le déroulement de l'entretien de recherche semi-directif, car c'est une technique complémentaire qui se représente comme un appui pour décrire et expliquer les résultats obtenus à partir des autres outils méthodologiques utilisées. Elle est définie comme : « *l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue* » (Pardinielli & Fernandez, 2015, p.7).

Il est important de mentionner que les observations ont été effectuées pendant l'entretien lui-même. Le chercheur prend note des "attitudes corporelles, des gestes et des mimiques, des inflexions de la voix, des silences, des hésitations, des éventuels tremblements des membres et de la voix, etc." (Benedetto, 2007, p. 27).

Par ailleurs, l'entretien semi-directif ou l'entrevue semi-dirigée est une méthode de recueil de données qui favorise le développement des savoirs en privilégiant les approches qualitatives et interprétatives (Lincoln, 1995, cité par Imbert, 2010, p. 24).

Par la suite, comme nous l'avons cité auparavant, nous avons donc adopté l'entretien de recherche semi-directif muni d'un guide d'entretien. En ce sens, le guide d'entretien peut être défini comme : « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire* » (Blanchet & Gotman, 2014, p.58).

A cet effet, notre guide d'entretien est composé de 4 axes, chacun d'eux contenant à son tour une série de questions. Le but de chaque axe étant d'explorer le vécu de l'abandon chez l'enfant, afin de répondre aux questions et vérifier nos hypothèses.

Nous avons ensuite procédé à une interprétation qualitative du guide d'entretien en respectant l'approche théorique adoptée.

5.2 L'échelle de dépression CDI :

- La description de l'échelle (CDI)

Il s'agit d'une adaptation de l'inventaire de dépression de Beck pour les enfants de 7 à 17 ans. Mis au point par Kovacs et Beck, il a été ensuite révisé par Kovacs (1981, 1992). La version la plus connue comprend 27 items.

- Consigne

« *Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé au cours des deux dernières semaines. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant. Il n'y pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscrit une croix comme ceci X à côté*

de ta réponse, dans la case correspondante à la phrase que tu as choisie » (Bouvard, 2008, p.166).

- **Durée de passation**

Le temps de passation du questionnaire était de 15 à 20 minutes.

- **Mode de passation**

La passation peut être individuelle ou en petit groupe. Il est recommandé au psychologue ou au psychiatre de lire les instructions de la première page et de demander à l'enfant de répondre à l'exemple. Chaque item est lu à haute voix par l'examineur. Il est rappelé à l'enfant que les questions posées concernent ses sentiments et ses idées au cours des deux dernières semaines (Bouvard, 2008, p.85).

- **Cotation, scores et interprétation**

L'échelle de cotation varie de 0 à 2. Plus la note est élevée, plus l'intensité de la dépression est importante ; mais pour la moitié des items, le premier choix correspond à l'intensité la plus élevée (2) et les deux choix suivants. Sont d'intensité décroissante. Il s'agit des items 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 24 et 25. Il suffit d'additionner les notes obtenues à l'ensemble des items pour obtenir le score total (Bouvard, 2008, p.85).

Chaque item est coté de 0 (comportement normal pour l'âge ou absent) à 2 (sévère). L'addition des items donne un total compris entre 0 et 54. Plus le score est élevé, plus l'état est pathologique.

Le score explorait cinq symptômes de la dépression l'humeur négative, les problèmes interpersonnels, l'inefficacité, l'anhédonie et l'estime de soi négative : l'humeur négative était explorée par les items 1,6,8,10,11,13, les problèmes interpersonnels par les items 5,12,26,27, l'inefficacité par les items 3,15,23,24, l'anhédonie par les items 4,16,17,18,19,20 21,22 et l'estime de soi négative par les items 2,7,9,14,25.

Dans l'étude, un score de 0 à 9 décrivait une dépression mineure, de 10 à 18 une dépression légère, de 19 à 29, une dépression modérée et de 30 à 54 une dépression sévère

Chaque item est coté de 0 (comportement normal pour l'âge ou absent) à 2 (sévère). L'addition des items donne un total compris entre 0 et 54. Plus le score n'est élevé, plus l'état est pathologique. 0(neutre) 2 (intensité maximale)

- Études de validation

Les qualités psychométriques de la version anglaise ont été étudiées à la fois chez des sujets cliniques et des sujets non cliniques. Les coefficients de consistance interne varient de 0,71 (consultants en hôpital général) à 0,89 (jeunes hospitalisés) pour le score total. La fidélité test-rets (1 à 2 semaines) est supérieure à 0,60 pour l'ensemble des sous-échelles dans une population clinique. La validité convergente avec d'autres questionnaires du domaine (CES-D) est satisfaisante, mais le CDI corrèle également avec des questionnaires d'anxiété, ce qui pose le problème de sa validité discriminante (Stark et Laurent, 2001). La version anglaise différencie des sujets dépressifs de sujets contrôles, mais sa capacité à différencier les sujets dépressifs de sujets souffrant d'une autre pathologie reste à prouver (Miller et Kamboukos, 2000). Aucune étude des qualités psychométriques de la version française n'a été portée à notre connaissance (Bouvard, 2008, p.85).

Dans notre étude, et suivant les recommandations des auteurs spécialisés dans l'échelle CDI, on considère qu'il y a dépression si le score total est égal ou est supérieur à 19. De ce fait, la confirmation de l'hypothèse ne se fera qu'à partir de ce seuil, car c'est le seuil de dépression généralement utilisé.

5.3 L'échelle de la résilience CYRM-28 :

La description de l'échelle (CYRM-28)

Afin de compléter le recueil des données auprès de nos cas nous avons utilisé le CYRM-28 qui permet de mesurer la résilience des jeunes de 6 à 23 ans de différents contextes sociaux et culturels, mais il existe aussi une version pour mesurer la résilience chez les adultes. Il a été conçu avec des jeunes de 11 pays : « Afrique du Sud (Cape Town), Canada (Halifax, Winnipeg, et la communauté autochtone inuit de Sheshatshiu), Chine (Chine et Hong Kong), Colombie (Medellin), États-Unis (Tampa en Floride), Gambie (Serekunda), Inde (Imphal), Israël (Tel Aviv), Palestine (Jérusalem Est et Gaza), Russie (Moscou) et Tanzanie (Njoro) » (Ionescu, 2011, p. 124-125).

La CYRM vérifie la présence de composantes socio-écologiques dans les processus de résilience des enfants et des jeunes, en l'occurrence les atouts individuels (compétences personnelles, soutien des pairs et compétences sociales), les ressources relationnelles (la prestation par l'aidant principal de soins physiques et de soins affectifs et psychologiques) ainsi

que les ressources contextuelles (spirituelles, éducatives et culturelles) (Liebenberg et al., 2017, p.31).

Les items sont notés selon une échelle de Likert à cinq points allant de 1 (pas du tout) à 5 (beaucoup) ; des résultats élevés indiquent la présence d'avoir internes et externes supérieurs. Les éléments se trouvent dans l'article de validation (Unger & Liebenberg, 2011).

Le CYRM-28 peut être administré aux jeunes participants, soit en groupe, soit individuellement. Il est important que toutes les questions soient lues aux jeunes au fur et à mesure qu'ils avancent dans les mesures pour en assurer la compréhension (Liebenberg, Everfair, Joubert, Foucault, 2017).

- **Consigne :**

« Vous trouverez un certain nombre de questions sur vous, "vos fournisseurs de soin", votre communauté et vos relations avec les gens. Ces questions sont conçues pour mieux comprendre comment vous faites face à la vie quotidienne et quel rôle les gens qui vous entourent jouent dans la gestion des défis quotidiens » (Unger, 2016, p. 12).

- **Durée de passation**

L'administration du CYRM-28 prend environ 20 minutes (Unger, 2013, p. 8).

- **Cotation, Scores et interprétation**

Les scores de résilience de chaque participant vous indiquent les ressources individuelles, relationnelles et contextuelles auxquelles il a accès. Cette information peut vous aider à décider du type de soutien à offrir pour augmenter la résilience de chaque participant. Par exemple, si le score d'un participant est de 4,3 pour les besoins physiques, (Liebenberg, Ungar et Leblanc, 2013, p.4) mais seulement de 2,1 pour les besoins psychologiques, ceci pourrait suggérer que le participant ne manque ni de nourriture ni de supervision, mais qu'il ne se sent pas en sécurité ou se sent étranger lorsqu'il est en présence de membres de sa famille. Votre programme peut alors chercher à aider le participant à se sentir moins étranger ou plus en sécurité ailleurs, par exemple avec un mentor ou un membre du personnel offrant du soutien (Liebenberg, Ungar et Leblanc, 2013, p.4).

La valeur moyenne des scores de ces participants vous permettra d'avoir une vision globale de ces derniers dans le cadre de votre initiative. En effectuant cette tâche en début et en fin de programme, vous verrez non seulement l'évolution du résultat de chaque participant, mais

également celle de la moyenne de l'ensemble des participants. Les chiffres peuvent être analysés de la sorte :

1 = Très faible résilience

2 = Faible résilience

3 = Neutre

4 = grande résilience

5 = très grande résilience (Liebenberg, Ungar et Leblanc, 2013, p.4).

Nous avons mesuré la résilience des enfants en utilisant le test de CYRM-28. Ce test mesure les trois dimensions de la résilience chez les enfants : la dimension individuelle qui comprend les sous-dimensions de compétences personnelles, soutien de pairs et compétences sociales ; la dimension des fournisseurs de soin qui comprend le soutien physiologique et psychologique des tuteurs ceci le centre et la dimension contextuelle qui est composée de spiritualité, éducation et culture. Nous avons considéré les scores de ces différentes dimensions qui totalisent les scores obtenus dans les sous-dimensions citées ci-dessus et nous les avons interprétées selon le manuel d'usage de cet instrument (Ungar, Lienberg, 2011) qui donne les références d'une population normale la moyenne de la population normale dans toutes les dimensions :

-La dimension individuelle moyenne est de 35 dans la population normale.

-La dimension fournisseurs de soin moyenne est de 24.01 de la population normale.

-La dimension contextuelle moyenne est de 30.36 de la population normale.

Interprétation de l'échelle de CYRM-28

Par rapport au score total de la résilience, les enfants obtenant un score entre 114 et 118 sont considérés comme ayant un haut niveau de résilience, ceux obtenant un résultat entre 117 et 106 ont un niveau moyen de résilience, si le score est entre 105 et 93 alors l'enfant a un faible degré de résilience et ceux avec un résultat compris entre 92 et 28 sont considérés comme ayant un très faible niveau de résilience (p.42).

Tableau N °3 : Les Items des trois dimensions de l'échelle de CYRM-28 :

Les dimensions	Le nombre d'items	Numéro d'items
Dimension individuelle	11	2, 4, 8,11, 13, 14, 14, 18, 20, 21, 25
Fournisseurs de soin	7	5, 6, 7, 12, 17, 24, 26
dimension contextuelle	10	1, 3, 9, 10, 16, 19, 22, 23, 27, 28

(Hadi & Haddadi, 2019, p.39)

Le vocabulaire de certains items de cette échelle a été adapté aux caractéristiques de notre population d'étude, c'est-à-dire le contexte de l'abandon et du placement.

De ce fait : « mes parent / fournisseurs de soin » de l'item 5 et 6, 12, 24, 26 a été réduit à mes « fournisseurs de soin » seulement et le terme « ma famille » à l'item 17 a été remplacé par « mes fournisseurs de soin ».

Cela est possible du moment que la version originale de cette échelle propose déjà cela.

Les Items des sous-démentions de l'échelle du CYRM-28

A- Dimension individuel

- Aptitudes personnelles : regroupe les Items suivants (2, 8, 11, 13, 21).
- Soutien par les pairs : regroupe Items (14,18).
- Aptitudes sociale : regroupe Items (4, 20, 15,25).

B- Dimension Familiale (dans notre étude le centre de placement est le cadre substitutif

- Besoin physique : regroupe Items (5,7).
- Besoin psychologique : regroupe Items (6, 12, 17, 24, 26).

C- Dimension Contextuelle

- Spirituel : regroupe Items (9, 22, 23, 3 ,16).
- Culturel : Items (1, 10, 19, 27, 28) (Unger, 2016, p. 21).

Fiabilité

La cohérence interne de la CYRM-28 a été relatée pour tous les 28 éléments de chacune des sous-populations (les coefficients alpha de Cronbach allaient de 0,84 à 0,93). Ces valeurs sont considérées comme très bonnes, mais elles sont vraisemblablement gonflées en raison du nombre élevé d'éléments compris dans la mesure. Les données sur la fiabilité test-retest ne sont pas actuellement disponibles (Ungar, Liebenberg, 2011).

Validité

Bien que l'échelle ait été élaborée auprès de populations vulnérables, certains des éléments pourraient potentiellement s'appliquer aux élèves en tant que résultat de l'apprentissage de l'éducation postsecondaire (p. ex., « Êtes-vous conscient de vos propres forces ? »), mais la mesure englobe des éléments qui conviennent davantage aux populations vulnérables (p. ex., « Mangez-vous à votre faim la plupart des jours ? »). Dans l'ensemble, il faut davantage de preuves de validation afin d'évaluer la validité des concepts et des critères de la CYRM-28 (Ungar, Liebenberg, 2011).

Nous tenons à dire que concernant cette échelle, il existe une version algérienne et arabe. Une procédure d'adaptation a été réalisée. (Hadi & Haddadi, 2019, p. 33). Pour la version complète de l'échelle, voir annexe N°11.

Dans notre étude, et suivant les recommandations des auteurs spécialisés dans l'échelle CYRM-28, on considère qu'il y a résilience si le score total est égal ou est supérieur à 106. De ce fait, la confirmation de l'hypothèse ne se fera qu'à partir de ce seuil car c'est le seuil de résilience généralement utilisé.

Notant, enfin, l'objectif principal de notre choix de ces outils de recherche (l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles : (CDI) et (CYRM-28) est qu'ils conviennent à notre recherche. Puisqu'ils nous permettent de répondre aux questions de notre problématique et à vérifier nos hypothèses.

6. Déroulement de la recherche

La pré-enquête représente la première phase d'investigation visant à préciser notre problématique de recherche et à approfondir notre compréhension des caractéristiques de notre groupe d'étude, ainsi que de notre sujet de recherche. Pour ce faire, nous présenterons quelques définitions de la pré-enquête, puis nous décrirons la méthodologie que nous avons utilisée pour mener à bien cette étape.

6.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape et d'une phase primordiale et très essentielle dans la recherche en sciences humaines et sociales, notamment en psychologie clinique. « Elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisqu'elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente » (Cario, 2000, p.11).

La pré-enquête permet de tester des pistes, de se familiariser avec le terrain, de s'entraîner à questionner et à écouter, de construire progressivement le guide d'entretien et de le tester. Cette étape est à la fois essentielle pour construire la problématique de la recherche, élaborer les hypothèses, et choisir les méthodes les plus appropriées à l'objet de recherche (Sauvayre, 2013, p. 48).

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche « elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs » (Grawitz, 2001, p.550).

Pour notre étude sur la "vulnérabilité et la résilience face à l'abandon", nous avons initié notre travail en menant une recherche bibliographique approfondie, tant au sein de la bibliothèque de notre université qu'en ligne. Cette démarche nous a permis d'acquérir une solide base théorique pour définir notre variable dépendante, formuler notre question de recherche et élaborer nos chapitres théoriques ultérieurement.

Nous avons commencé notre pré-enquête en contactant la direction de l'action de la wilaya de Bejaia, qui nous a dirigés vers un foyer pour enfants assistés situé à proximité. Dans ce cadre, nous avons réalisé notre pré-enquête à partir du mois de Mars ou nous avons procédé à une exploration du terrain après avoir eu l'accord de la directrice.

Nous nous sommes identifiées en tant qu'étudiantes en psychologie clinique en deuxième année de master à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia, dans le but de mener

notre travail de recherche. L'orientation de la psychologue et du personnel de l'établissement nous a été très bénéfique pour travailler dans un environnement propice.

Durant cette pré-enquête, nous avons effectué des visites au niveau de l'établissement sélectionner notre population d'étude, Une fois le groupe est choisi nous leur avons présenté de façon générale notre thème de recherche et son objectif ainsi nous leur avons donné la possibilité de s'exprimer avec la langue de leur choix. Nous avons également veillé à avoir le consentement libre et éclairé de chacun des participants à l'étude.

Nous avons décidé de nous entretenir avec un seul enfant lors de cette étape, étant donné le faible nombre de participants disponibles. La consigne était la suivante : « *nous sommes des étudiantes en master 2 de psychologie clinique et nous préparons une étude sur le vécu de l'enfant placé dans ce centre. Nous aimerions connaître votre ressenti* » Notre premier contact avec lui a été un peu difficile, car l'enfant se montrait distant et évitait de parler. Il refusait de répondre à nos questions. Il est resté silencieux pendant environ quinze minutes. Nous lui parlions et il nous regardait sans répondre. Ensuite, l'enfant a commencé à se rapprocher de nous, et nous lui avons posé des questions sur sa santé, sur son école et ses camarades, tant à l'école qu'au centre. Cela nous a permis de recueillir quelques informations sur le vécu des enfants placés en institution. Ces informations ont été utilisées pour élaborer les axes de notre guide d'entretien. Nous avons opté pour l'utilisation de deux échelles : d'abord, celle mesurant le degré de dépression (CDI), puis celle mesurant la résilience (CYRM-28).

Tableau N° 4 : Caractéristiques du groupe de la pré-enquête.

prénom	Age	Niveau scolaire
Islam	9ans	2ème année primaire

(Source : nous-mêmes).

Ce tableau ci-dessus représente notre sujet de la pré-enquête. On constate qu'il se compose d'un seul garçon âgé de 9 ans, il est en 2ème année primaire, il est né sous X. Le prénom de sujet a été modifié pour garder l'anonymat.

Nous avons tenu compte des horaires de l'élève, en fonction de son emploi du temps scolaire, pour fixer un rendez-vous. La durée moyenne de la passation des outils était d'environ trente minutes pour l'entretien, ainsi que pour les deux échelles, CDI et CYRM-28. Les

passations ont été réalisées dans le bureau de la psychologue, qui offrait un cadre approprié à la recherche.

L'entretien s'est bien passé malgré une légère gêne ressentie par notre sujet au début de l'entretien. Cependant, cette gêne s'est estompée au fil de la discussion, ce qui montre que nous avons réussi à instaurer un climat de confiance. Nous avons constamment rassuré notre interlocuteur sur l'anonymat de son identité et la confidentialité de ses informations.

Tableau N° 5 : Résultats de l'échelle CDI du cas de la pré-enquête

0 absent	1 modéré	2 sévère
12	6	9
Score total = 24 / Dépression modérée		

L'analyse des résultats de l'échelle CDI a révélé qu'Islam a obtenu un score de 6 réponses de degré 1, et un score 8 de réponses de degré 2.

L'examen de l'entretien mené dans le cadre du CDI indique qu'Islam reçoit une évaluation modérée, avec une note moyenne de 24 sur l'échelle d'évaluation. Cette conclusion est soutenue par les résultats obtenus. Il est donc raisonnable de supposer que le bien-être émotionnel d'Islam est influencé par son environnement au sein de l'établissement pour enfants assistés.

Tableau N° 6 : Résultats de l'échelle CYRM-28 du cas de la pré-enquête

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
11	5	1	0	11

Les sous-échelles ont obtenu des scores différents : 27 pour les items explorant le thème individuel, 23 pour les items concernant les fournisseurs de soins et 36 pour les items portant sur le thème contextuel.

Tableau N° 7: Résultats d'Islam obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

thèmes	Sous échelle	items	score	Score générale des sous-échelles	Score total de l'échelle et son interprétation
Thème individuel	Aptitude personnelles	2, 8, 11, 13, 21	11	27	79 Très faible résilience
	Soutien des paires	14, 18	3		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	13		
Thème fournisseurs de soins	Besoins physiologiques	5, 7	2	23	
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	21		
Thème contexte	spirituel	9, 22, 23	8	29	
	éducation	3, 16	4		
	culturel	1, 10, 27, 28, 19	17		

Les résultats obtenus révèlent diverses dimensions de notre sujet de recherche. Pour ce qui est du thème individuel, axé sur les aptitudes personnelles, les items 2, 8, 11, 13 et 21 ont donné un score total de 11. Cela indique que notre sujet présente un niveau modéré d'aptitudes personnelles dans les domaines évalués. Concernant les soutiens basés sur les pairs, évalués par les items 14 et 18, un score de 3 a été obtenu, ce qui montre une utilisation relativement faible des soutiens par les pairs pour résoudre des problèmes individuels.

En ce qui concerne les aptitudes sociales, évaluées par les items 4, 20, 15 et 25, un score total de 13 a été obtenu, suggérant un niveau modéré d'aptitudes sociales, ce qui peut indiquer une capacité satisfaisante à interagir et à se comporter de manière adaptée dans des contextes sociaux.

Dans le thème des fournisseurs de soins, nous avons évalué les besoins physiologiques et psychologiques. Pour les besoins physiologiques, évalués à travers les items 5 et 7, un score de 2 a été obtenu, suggérant que notre sujet n'accorde pas une grande importance à la satisfaction de ces besoins. En ce qui concerne les besoins psychologiques, évalués à l'aide des items 6, 12, 17, 24 et 26, notre sujet a obtenu un score de 21, indiquant une préoccupation plus marquée pour la satisfaction des besoins psychologiques, et mettant en évidence l'importance accordée aux aspects émotionnels et mentaux.

Dans le thème du contexte, nous avons examiné les dimensions spirituelles, éducatives et culturelles. Pour les aspects spirituels, évalués à travers les items 9, 22 et 23, un score total de 8 sur 15 a été obtenu. Concernant l'éducation, évaluée à l'aide des items 3 et 16, notre sujet a obtenu un score de 8 sur 10, montrant qu'il n'accorde pas une importance significative à l'éducation et à l'apprentissage dans sa vie. Pour les aspects culturels, évalués à travers les items 1, 10, 27, 28 et 19, un score de 17 sur 25 a été obtenu, suggérant une forte identification et implication dans sa culture, et soulignant l'importance de la dimension culturelle dans sa vie.

Le cas semble présenter un mauvais vécu avec la présence d'une dépression modérée et une très faible résilience.

6.2. L'enquête

Nous commencerons par définir ce qu'est une enquête, puis nous expliquerons comment nous l'avons mise en œuvre dans notre recherche.

« L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé ». (Blanche, Gotman, 2014, p.35). Elle *« consiste à poser un nombre de questions à un vaste échantillon de personnes sur leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews »* (Chahraoui & Bénony, 2003, pp.131-132).

L'enquête implique la collecte de données sur un sujet ou un groupe de sujets en utilisant des techniques de recherche sélectionnées à l'avance. Cela nous permet de répondre aux

objectifs de la recherche, d'affiner les réponses aux questions étudiées et d'explorer les divers aspects du sujet.

Notre recherche s'est bien déroulée auprès des enfants assistés, au niveau d'un établissement pour enfants assistés, dans la wilaya de Bejaia qu'on a débuté le 19 mars 2024. Nous nous y rendions deux fois par semaine, on commence de 10h à 15h00, afin qu'on puisse rencontrer les enfants.

Dans ce cadre, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif de 29 questions, réparties sous quatre axes (pour l'ensemble des questions voir l'annexe N°1).

Après avoir obtenu le consentement des sujets concernés, nous avons commencé par réaliser des entretiens semi-directifs élaborés sous forme de guides d'entretien. Ces entretiens ont été menés avec l'infirmière, l'éducatrice et la psychologue dans le bureau de cette dernière. Nous leur avons expliqué que toutes les informations partagées resteraient confidentielles et seraient utilisées uniquement dans le cadre de notre recherche. La consigne était la suivante : « *Nous travaillons sur la vulnérabilité et la résilience des enfants face à l'abandon. Nous allons vous poser des questions sur les enfants sélectionnés pour notre étude, et nous apprécierions vos réponses* ». Ils se sont montrés très coopératifs et ont fait de leur mieux pour nous fournir les informations souhaitées.

Le premier axe s'intitulé « *entretien de recherche avec l'infirmière* » se compose de (4) questions, la consigne était la suivante : « *Nous travaillons sur la vulnérabilité et la résilience des enfants face à l'abandon. Nous allons vous poser des questions sur la santé les enfants sélectionnés pour notre étude, et nous apprécierions vos réponses* ». Malgré le fait que le dossier médical de l'enfant contienne des informations précieuses sur son passé et rassemble des données importantes sur les différentes étapes de son développement biologique et physique, nous n'avons pas pu accéder aux dossiers médicaux des cas étudiés. Cela est dû au fait que le foyer d'accueil est une institution fermée qui protège la vie privée des enfants et refuse de divulguer des éléments écrits concernant leur situation, que ce soit sur le plan médical, judiciaire ou psychologique. Cependant, nous avons pu obtenir des informations sur les antécédents médicaux de la part du médecin traitant. Ces informations, sont essentiellement relatives à l'état de santé de l'enfant, indice précieux pour notre étude.

Le deuxième axe s'intitulé « *entretien de recherche avec l'éducatrice principale* » se compose de (4) questions, la consigne était la suivante : « *Nous travaillons sur la vulnérabilité*

et la résilience des enfants face à l'abandon. Nous allons vous poser des questions sur les enfants sélectionnés pour notre étude, et nous apprécierions vos réponses ». Nous avons opté pour des entretiens avec les éducatrices, bénéficiant de leur coopération et de leur contact continu avec les enfants, ce qui leur a permis d'acquérir une connaissance approfondie de ces derniers. Cette collaboration étroite s'est avérée d'une aide précieuse, car elle nous a permis de recueillir des informations administratives telles que la date de leur placement au foyer pour enfants assistés, ainsi que des détails sur leur comportement, leur niveau scolaire, leurs relations interpersonnelles, leur développement psychomoteur, leur alimentation, leur sommeil, et bien d'autres aspects encore. Tout cela représente un indice précieux pour notre étude.

Le troisième axe s'intitulé « *entretien de recherche avec la psychologue* » se compose de (5) questions, la consigne était la suivante : « *Nous travaillons sur la vulnérabilité et la résilience des enfants face à l'abandon. Nous allons vous poser des questions sur la santé mentale des enfants sélectionnés pour notre étude, et nous apprécierions vos réponses* ». Nous avons opté pour un entretien avec la psychologue, avec qui nous avons pu obtenir des informations sur le fonctionnement psychologique des cas étudiés.

Le quatrième axe s'intitulé « *entretien de recherche avec l'enfant* » se compose de (16) questions, ou la consigne était la suivante : « *nous somme des étudiantes en master 2 psychologie clinique nous menons une enquête et nous aimerons vous poser quelques questions sur votre vécu* ». L'entretien avec un enfant représente un défi de taille qui demande une expérience pratique considérable. Il est essentiel d'avoir une compréhension approfondie du développement normal et des troubles chez l'enfant, ainsi qu'une expertise dans la communication adaptée à leur niveau. Contrairement aux échanges avec les adultes qui privilégient souvent le langage direct, les interactions avec les enfants nécessitent l'utilisation d'outils médiateurs tels que le jeu, le dessin, le scénario psychodramatique, et parfois une combinaison avec la communication verbale. Plus l'enfant est jeune, plus il est important d'utiliser ces supports intermédiaires. De plus, il est crucial de s'exprimer avec des mots simples, répétés et adaptés à l'âge de l'enfant (Chahraoui & Benony, 2013, p.87).

7. Attitude de chercheur

En psychologie clinique, la collecte des témoignages et le choix de l'échantillon sont des questions initiales cruciales. Très rapidement, les considérations éthiques et déontologiques deviennent centrales, nécessitant une attention particulière de la part des chercheurs. Alors que la recherche en psychologie, tout comme dans d'autres domaines, vise à approfondir la

compréhension de son sujet avec rigueur et généralisation, elle se distingue par son objet d'étude : l'humain. (Varescon, 2013, p.65).

Les principes déontologiques régissant les activités des professionnels de la santé, qu'ils soient dans le secteur public ou privé, sont définis dans divers codes et chartes. Ces principes s'appliquent également de manière évidente aux chercheurs en psychologie : confidentialité et discrétion professionnelles, intégrité, discernement, impartialité, respect des individus et de leurs droits, compétence, entre autres. Il est également crucial de souligner l'importance d'obtenir le consentement éclairé des participants à l'étude et de respecter leur droit de se retirer à tout moment.

Tout psychologue doit aborder la rencontre avec le patient avec : disponibilité (se rendre disponible), neutralité (absence de jugement, de critique ou de remise en cause. La neutralité ici n'est pas l'indifférence, elle doit être bienveillante), et empathie (ressentir le vécu de la personne, mais sans confusion avec le sien propre. C'est une capacité d'identification au sujet tout en étant à distance et en gardant sa propre identité) (Tourrette, 2014, p.21).

La posture du chercheur se définit essentiellement par la réflexion critique sur sa propre attitude, celle de ses interlocuteurs, la théorie en question, ainsi que par la considération des effets potentiels des outils utilisés sur les données collectées et sur les personnes impliquées. Elle implique également la prise en compte du contexte et de la signification des méthodes et des dispositifs de recherche dans le cadre culturel où s'inscrivent les pratiques de recherche (Giami, 2009, p.33).

La conduite du chercheur doit refléter une neutralité bienveillante, caractérisée par l'absence d'opinions préconçues ou de jugements, une empathie envers les participants à l'étude et une approche non-directive. Dans notre recherche, nous avons adopté ces attitudes dans le cadre de nos principes éthiques et déontologiques, indispensables pour mener notre travail de manière rigoureuse. Pendant nos entretiens, nous nous sommes concentrés sur les paroles des participants en adoptant une écoute bienveillante, marquée par des signaux non verbaux tels que des hochements de tête, des expressions d'accord, tout en respectant les moments de silence. Nous n'avons en aucun cas influencé ou suggéré des réponses, nous nous sommes limités à poser des questions de clarification et à reformuler pour encourager les participants à approfondir leurs propos.

« l'attitude du clinicien peut être comprise sous deux aspects : l'attitude visible, comportementale et relationnelle qui permet de créer une relation de confiance au sein de laquelle le sujet se sent suffisamment bien pour qu'il puisse livrer et découvrir son intimité psychique, et une attitude plutôt intérieure, une attitude mentale, intellectuelle, qui fait du psychologue un professionnel qui pense la situation clinique, construit des hypothèses cohérentes dans son référentiel théorico-clinique » (Bouvet, 2015, p.47).

Au cours de nos rencontres avec nos participants, nous nous sommes présentés en tant qu'étudiants en master II effectuant un stage pratique pour une étude intitulée « Vulnérabilité et résilience chez l'enfant face à l'abandon ». Nous avons veillé à rester dans le cadre défini, en maintenant une gestion efficace des entrevues. Notre objectif principal était de maintenir la souplesse tout en cultivant l'empathie et la neutralité dans nos interactions, afin de gagner la confiance de nos participants. Nous leur avons rappelé que le secret professionnel était primordial et que nous ne violerions pas leur intimité, soulignant que notre travail était dans un contexte scientifique à visée académique.

Nous nous sommes efforcés de comprendre au mieux les enfants, en suivant leurs pensées et leurs émotions sans nous identifier à leurs sentiments. Nous avons adopté une écoute bienveillante, exprimant notre compréhension par des hochements de tête, des mots tels que « humm » ou « oui », et en utilisant des techniques de reformulation. Nous avons respecté les moments de silence et, lorsque nécessaire, avons encouragé les participants à s'exprimer spontanément. Tout au long des entretiens, nous avons été vigilantes pour maintenir le contrôle et rester objectifs.

Pour la dimension éthique, nous avons demandé le consentement à la directrice du centre et à toutes les personnes ayant pris part à cette étude, notamment les enfants.

Par ailleurs, cette étude est considérée comme sensible, car elle porte sur un domaine relevant de la sphère privée et d'une expérience très personnelle (l'abandon et le placement). Cette intrusion dans la vie privée est assez délicate et on a pris en compte la douleur que peut susciter cette enquête (peine, honte, embarras, culpabilité, etc.)

Si toute recherche nécessite des précautions méthodologiques et éthiques de la part du chercheur, la sensibilité d'un sujet incite généralement une attention particulière aux différentes étapes de la recherche (Condomines & Hannequin, 2013, p. 19).

Nous allons maintenant évoquer les défis auxquels nous avons été confrontés durant notre recherche.

8. Difficultés de la recherche

Dans toute recherche scientifique, le chercheur peut rencontrer diverses difficultés qui peuvent entraver le bon déroulement de son travail. Ces contraintes ne sont cependant pas insurmontables et incitent le chercheur à trouver des solutions adaptées pour les surmonter. En tant qu'étudiant en psychologie, nous sommes particulièrement sensibles à ces défis, qui sont également présents pour les professionnels expérimentés. Cependant, ces difficultés ne doivent pas être vues comme des obstacles infranchissables, mais plutôt comme des opportunités d'enrichir l'analyse grâce aux solutions appropriées pour les surmonter.

Les principales difficultés auxquelles nous avons été confrontés dans cette étude comprennent le manque d'accès à la documentation sur les enfants assistés, les difficultés pour accéder au centre, le temps limité alloué à la recherche, et les défis rencontrés lors des entretiens avec certains enfants, en particulier lorsqu'il s'agissait d'aborder des événements intimes. Ces difficultés étaient souvent liées à l'embarras des enfants face à des personnes étrangères ou à des comportements d'évitement, et sans doute à la sensibilité du thème traité.

Synthèse

La méthodologie exposée dans ce chapitre revêt une importance capitale pour assurer le bon déroulement de toute démarche de recherche scientifique. En effet, elle structure l'ensemble des étapes, de la formulation des hypothèses jusqu'à l'analyse des résultats obtenus. Elle représente un parcours intellectuel et méthodique, respectant des règles précises et des étapes bien définies tout au long du processus de travail.

Nous avons exploré le thème « *vulnérabilité et résilience chez l'enfant face à l'abandon* », à travers trois outils de recherche, à savoir : l'entretien semi-directif, le CDI et le CYRM-28, que nous avons utilisé pour collecter les informations nécessaires concernant les indices cliniques et opérationnels du vécu des enfants abandonnées. Et c'est dans le chapitre suivant, le chapitre IV que nous présenterons les résultats issus de cette démarche, leurs analyses et discussions.

CHAPITRE IV :
Présentation, analyse des données
et discussion des hypothèses

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, nous allons nous pencher sur la présentation et l'interprétation des résultats de l'entretien ainsi que des deux échelles destinées à l'enfant. Tout d'abord, nous aborderons la première échelle appelée « CDI », conçue pour mesurer le niveau de dépression chez l'enfant. Ensuite, nous examinerons la deuxième échelle appelée « CYRM-28 », destinée à évaluer le niveau de résilience chez les enfants. Dans notre étude, nous avons utilisé ces deux échelles pour évaluer le degré de dépression et le niveau de résilience, plus précisément depuis leur placement à l'établissement.

Nous avons examiné au total cinq cas, dont nous présenterons une analyse détaillée de trois d'entre eux, tandis que les trois autres seront abordés de manière plus succincte. Cette différence de traitement s'explique par le niveau d'information détaillée disponible sur chaque cas, certains étant plus riches en données que d'autres. Ces cas sélectionnés se distinguent également par la qualité de leurs expériences vécues. Ces outils nous ont permis de confirmer les hypothèses que nous avons formulées précédemment.

I. Présentation et analyse des résultats

Dans cette première partie dédiée à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus chez nos cinq cas à savoir : Lina, Yacine, Salim, Youcef et Ilyes.

Cas N°1 : Lina**1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif :**

Ania, une fille de 12 ans, est actuellement en première année au CEM. Abandonnée à la naissance, elle a été placée à l'établissement des enfants assistés de Bejaïa. Elle ne connaît aucun de ses parents biologiques, Ania a vécu deux échecs d'adoption, ce qui a entraîné des sentiments profonds de rejet et de tristesse.

Lors de notre première rencontre avec Lina, elle semblait triste et ennuyée. Malgré cela, elle a accepté de participer à notre enquête et a donné son consentement oral libre et éclairé. L'entretien s'est déroulé dans le bureau de la psychologue à 10h et a duré environ 45 minutes. Au début de l'entretien, Ania était réservée et tendue. Cependant, nous avons su la mettre en confiance, ce qui lui a permis de s'ouvrir et de participer activement à notre étude.

Axe 1 : Entretien de recherche avec infirmière

Les informations que nous avons pu recueillir auprès de l'infirmière de l'établissement concernant la santé de Lina indiquent qu'elle présente un développement normal. Cependant, Lina souffre de divers problèmes hormonaux qui ont un impact significatif sur sa santé. Elle a un excès de poids, des perturbations de son cycle menstruel et un problème de sécrétion de progestérone. Ces troubles sont liés à des dysfonctionnements endocriniens qui nécessitent une attention médicale particulière et un suivi régulier pour gérer ses symptômes et améliorer sa qualité de vie.

Axe 2 : Entretien de recherche avec l'éducatrice principale

L'éducatrice indique que Lina est née à la clinique d'Akbou et a été transférée au centre peu après sa naissance. Depuis lors, elle est toujours ici dès son jeune âge, elle est sage et joue avec tout le monde mais avec le temps elle a commencé à se mettre constamment à l'écart, n'ayant pas confiance en elle. Lina a également présenté un retard de langage, bien que ce dernier se soit amélioré avec le temps. Cependant, elle continue de rencontrer des difficultés de concentration et de scolarité.

Le soir, Lina éprouve des difficultés à s'endormir et fait des cauchemars, ce qui est attribué à un incendie qui s'est déjà déclenché dans sa chambre. Sur le plan relationnel, bien qu'elle aime les bébés lorsqu'elle était plus jeune, c'est désormais le contraire. Autrefois sage et tranquille, Lina est maintenant beaucoup plus rebelle et aime faire uniquement ce qu'elle souhaite. Son comportement a considérablement changé, et elle est devenue difficile à gérer.

En ce qui concerne sa scolarité, ses résultats sont très faibles. En fait, cette année, elle va devoir redoubler. Il faut la forcer à étudier, car autrement, elle ne révise jamais ses leçons. Cette situation est due à son manque de concentration, mais aussi à son vécu décrit comme négatif négative de l'établissement.

Axe 3 : Entretien de recherche avec la psychologue

La psychologue de l'établissement a partagé des connaissances sur l'évolution psychomotrice de Lina. Lina a connu un retard de développement psychomoteur, avec des problèmes d'articulation et un vocabulaire très limité. Concernant sa santé psychique, elle présente une instabilité émotionnelle et relationnelle. Elle est passive dans certaines situations et impulsive dans d'autres.

Sur le plan cognitif, Lina a des capacités très limitées et une faible estime de soi. Elle est instable et manifeste de l'opposition, des pleurs, des colères et des crises de colère fréquentes. Elle souffre également d'un retard mental et a vécu deux échecs de kafala, ce qui a affecté sa capacité à changer ou à s'améliorer. En raison de ces épreuves, elle a développé une souffrance, actuellement prise en charge par un psychologue et un psychiatre.

Lina n'a pas d'amis et a une relation conflictuelle et instable avec la psychologue. La psychologue indique que Lina a un traitement évolutif, mais sa prise en charge reste difficile en raison de traits de personnalité borderline. Lina a fait plusieurs rechutes, souvent liées à sa demande persistante de rencontrer ses parents biologiques.

Cette situation illustre les défis complexes de l'accompagnement psychologique et psychiatrique chez une personne présentant des troubles du développement, une instabilité émotionnelle marquée, et des antécédents de trauma liés à l'échec des placements familiaux.

Axe 4 : Entretien de recherche avec Lina

Au cours de l'entretien, Lina était très calme et semblait triste. Dès la première séance, il était évident qu'elle souffre en silence, sans exprimer le moindre signe de joie.

Sur le plan relationnel, Lina a indiqué qu'elle ne noue jamais de relations avec les autres enfants de l'établissement, allant jusqu'à dire qu'elle les déteste. Elle a exprimé ses sentiments en disant : "*Lwacul ur tneḥibbiy ara ur yetḥibbin ara*" (Les enfants, je ne les aime pas et eux non plus ne m'aiment pas) En revanche, bien que les éducatrices de l'établissement l'apprécient, Lina a avoué qu'elle ne les aime pas vraiment. Elle a exprimé ceci en disant : "*les éducatrice tshibintiyi ma3na neki tshibighiant chewiya kan*" (Les éducatrices m'aiment bien, mais moi, je ne les aime qu'un peu)

Lina n'a aucun ami, ce qui montre qu'elle évite toute relation sociale. Elle a également révélé qu'elle n'aime pas aller à l'école depuis qu'elle a dû redoubler une année, et ses relations avec ses camarades de classe sont difficiles.

Elle a expliqué que "*tikchichin karantas otsorabaghara, taskhalat lwachul*» «*les filles disent que je suis mal élevée et que je parle avec les garçons*», ce qui la met très mal à l'aise à l'école.

Lina a également mentionné qu'elle ne mange pas bien, car elle n'a souvent pas d'appétit, et que le soir, elle dort mal car elle pense trop à ses parents biologiques. Elle se sent seule dans

ce monde et, en cas de situation difficile, elle ne pense qu'à sa vraie famille. Son unique souhait est de retrouver sa famille biologique, déclarant : "La seule chose que je veux dans la vie, c'est retrouver ma famille."

Lina a des problèmes de concentration, ce qui affecte encore davantage sa qualité de vie. Concernant son avenir, elle n'a aucun projet, hormis celui de retrouver sa famille biologique. Elle exprime son désespoir en disant : "Pourquoi suis-je toute seule ? Je me sens toujours seule. Je veux que ma mère vienne me chercher. Si je ne trouve pas mes parents, je resterai triste toute ma vie et je ne veux pas vivre comme ça. Et s'ils sont morts, je souhaite les rejoindre."

Ce témoignage poignant de Lina met en lumière l'ampleur de son désespoir et l'urgence d'une intervention pour améliorer son bien-être émotionnel et psychologique.

Synthèse de l'entretien de recherche de Lina :

Lina manifeste une symptomatologie dépressive, ce qui signifie qu'elle est constamment dans un état dépressif et qu'elle n'arrive pas à surmonter les nombreux obstacles de sa vie. Sa qualité de vie est grandement affectée par cette condition, notamment dans l'établissement pour enfants placés où elle réside actuellement. Cet endroit, qu'elle souhaite quitter le plus rapidement possible, lui semble étouffant et peu propice à son bien-être.

Sa dépression se manifeste par une tristesse profonde et continue, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes et un sentiment de désespoir qui ne la quitte jamais. Lina se sent isolée et incomprise, ce qui aggrave son état mental. Elle exprime rarement des émotions positives et semble toujours plongée dans ses pensées sombres.

Son plus grand espoir réside dans la possibilité de retrouver ses parents biologiques, une quête qui l'obsède et qu'elle exprime tous les jours avec une détermination poignante. Lina est convaincue que retrouver sa famille biologique lui permettra de combler le vide affectif qu'elle ressent et de retrouver un sens à sa vie. Chaque jour, elle demande des nouvelles de ses parents avec une insistance désespérée, espérant que cette réunion pourrait enfin lui apporter le bonheur et la stabilité qu'elle recherche.

Lina a besoin d'un environnement plus soutenant et aimant, ainsi que d'une prise en charge thérapeutique adaptée pour l'aider à surmonter sa souffrance. Un suivi psychologique intensif et un soutien émotionnel constant sont essentiels pour lui permettre de développer des

mécanismes de coping et de trouver des sources de motivation et de joie dans sa vie quotidienne. Sa situation actuelle nécessite une attention urgente pour prévenir toute aggravation de son état mental et améliorer significativement sa qualité de vie.

Par ailleurs on n'a pas révélé des signes ou indicateurs d'un vécu résilient chez notre sujet.

2. Présentations et analyse des résultats de l'échelle de CDI :

On a passé l'échelle à Lina dans le bureau de la psychologue et a duré 15 minutes, et les résultats obtenus à l'échelle CDI (annexe n°5) sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N°8 : Résultats de Lina obtenus dans l'échelle de CDI

0 absent	1 modéré	2 sévère
4	4	19
Score total = 41 / Dépression sévère		

(Fait par nous-même)

L'interprétation et l'analyse de l'échelle CDI :

Lina a obtenu au CDI un score de 19 réponse de degré 2, une déclaration qui révèle une très faible estime de soi, exprimer par l'item numéro 7 « *je me déteste* », dans l'item numéro 14 « *je me trouve laid* », et dans l'item numéro 8 « tout ce qui ne va pas et de ma faute » souvent accompagné par un sentiment d'isolement profond et constant. Par l'item numéro 20 « *je me sens toujours seul* », même en présence d'autres personnes indiquer numéro 25 « *personne ne m'aime vraiment* » où elle ressemble un profond manque d'amour et de soutien dans sa vie, le sujet indique dans le numéro 1 « *je suis triste tout le temps* » un profond sentiment de tristesse ou elle affirme qu'elle ne trouve aucun plaisir dans ses activités quotidiennes. Dont le numéro 4 « *rien ne m'amuse* » qui peut être le résultat d'une absence de stimulation positive, de soutien émotionnel et de relation sain.

Lina exprime le manque de plaisir à l'école, lié au harcèlement dans les thèmes numéro 21 « *je ne m'amuse jamais à l'école* » et dans les thèmes numéro 23 j'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir plus le manque crucial de Lia dans sa vie exprimer et sentiment d'isolement et de solitude dans l'item numéro 22 « *je n'ai aucun ami* » il est un numéro 12 « *je ne veux jamais être avec les autres* » et dans l'item 17 « *je suis tout le temps fatiguée* »

Dans l'item numéro 6 Lina a développé une hyper vigilance et une anxiété généralisée en réseau de son expérience d'abandon. Dans le n° 6 « *je suis sûr que des choses horribles vont arriver* », et une déclaration souligne la profonde détresse émotionnelle qu'elle ressent dans l'item n° 10 « *j'ai envie de pleurer tout le temps* ». Pour n°11 « *il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse* », qu'on peut expliquer par une anxiété. Dans l'item numéro 18 « *la plupart du temps je n'ai pas envie de manger* », Lina dans le n°19 « *je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part* » cela signifie être hypersensible à la douleur physique et on trouve que l'opposition dans l'état n°26 « *je ne fais jamais ce qu'on me dit* » et dans l'état numéro 24 « *je ne fais jamais bien que les autres* ».

Le sujet à côté 4 réponses de degré 1 l'item numéro 2 « *je ne je ne suis pas sûr que tout marche bien pour moi* », la chose inquiétante qui nous a indiqué et aussi l'item numéro 9 « *je pense à me tuer mais je ne ferai pas* » de plus elle ajoute dans l'item numéro 13 « *j'ai du mal à me décider entre plusieurs choses* ».

Synthèse de l'échelle de CDI :

Suite à l'analyse de l'entretien de recherche et l'échelle de dépression CDI, il a été conclu que Lina présente une dépression sévère. Les résultats obtenus confirment l'intensité de sa dépression, avec un score total de 41 sur l'échelle CDI. Ce score élevé témoigne d'une détresse psychologique significative.

Par conséquent, il est raisonnable de supposer que l'état dépressif de Lina est principalement lié à son placement en établissement pour enfant assistés, ce qui semble être un facteur déclenchant majeur de sa condition actuelle.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

La passation s'est déroulée dans le bureau de la psychologue et a duré 15 minutes, voire l'annexe n° 13.

Tableau N°9 : Résultats de Lina obtenus dans l'échelle de CYRM-28

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
13	5	1	4	5

Les réponses varient de pas du tout à énormément. Pour les réponses indiquant «*pas de tout* », un score de 13 a été obtenu alors que pour «*un peu* », le score était de 5. Concernant les réponses «*moyennement*», le score est de 1, et pour «*beaucoup*» un score de 4 a été obtenu. En fin, en ce qui concerne les réponses «*énormément*» est de 5.

Dans la sous-échelle explorant le thème individuel, nous avons obtenu un score de 22, et pour la sous-échelle qui concerne le thème fournisseurs de soins, un score de 23 a été obtenu. En fin un score de 21 était indiqué par la sous-échelle explorant le thème contexte.

Tableau N°10 : Résultats de Lina obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thème	Sous échelle	Items	Score	Score globale des sous échelle	Score total de l'échelle	Interprétation de score
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13,21	10	23	67	Très faible niveau de résilience
	Soutien des Pairs	14, 18	8			
	Aptitudes sociales	4, 20, 15,25	5			
Thème Fournisseurs de soin	Besoin Physiologiques	5, 7	5	23		
	Besoins Psychologiques	6, 12, 17, 24,26	18			
Thème contexte	Spirituel	9, 22,23	8	21		
	Education	3,16	4			
	Culturel	1, 10, 27, 28,19	9			

Selon les réponses apportées, le score de résilience obtenu pour notre sujet de recherche est de 66, pour une norme de 28 et 140. Ces résultats font preuve que notre sujet de recherche fait preuve d'une très faible résilience.

Dans la sous-échelle correspondant au thème individuel, notre sujet a obtenu un score de 23 inférieures à la moyenne de 35. Cela indique que notre sujet ne présente pas une résilience de son côté-là. En ce qui concerne les aptitudes personnelles, le score obtenu est de 10, inférieure à la moyenne de 25, puis la note de 8 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, une note de 5 pour les aptitudes sociales, sur une moyenne de 20. On constate que notre sujet se distingue par un score global inférieur à la moyenne dans la sous-échelle de thèmes individuelles. Aussi, il a des scores inférieurs à la moyenne dans les domaines des compétences personnelles, du soutien des pairs et des compétences sociales.

Pour les sous-échelles concernant le thème fournisseurs de soins nous avons obtenu un score de 23, ce qui est proche de la moyenne de 24.5. En examinant les différentes catégories, nous avons obtenu un score de 5 pour les besoins physiologiques, pour une moyenne de 10, et un score de 18 pour les besoins psychologiques, pour une moyenne de 25.

Dans la sous-échelle correspondant au thème contextuel, notre sujet de recherche a obtenu un score de 21, pour la moyenne de 30,36. Ces résultats montrent que notre sujet exprime une faible résilience, le score obtenu pour le spirituel est de 8 par rapport à une moyenne de 15, pour l'éducation le score obtenu est de 4 pour une moyenne de 10, en fin pour le culturel le score est de 9 pour une moyenne de 25. On remarque ainsi que notre cas de recherche obtient un score faible dans le domaine spirituel, éducation et culturel.

Dans les sous-échelles qui correspondent au thème individuel, dans les aptitudes personnelles on constate que notre sujet de recherche collabore beaucoup avec les autres, mais elle n'essaie pas de tout terminer ce qu'elle a commencé, elle a indiqué que les gens aiment moyennement être en sa compagnie, elle n'arrive pas de tout régler ses problèmes seule, de plus elle n'est pas de tout consciente de ses forces. Pour le soutien des pairs, elle se sent beaucoup soutenue par ses amis, et que ses amis sont beaucoup à ses côtés lorsqu'elle a des situations difficiles. Concernant les aptitudes sociales Lina ne sait pas de tout comment se comporter dans des situations sociales elle voit un peu qu'elle a la chance de prouver aux autres qu'elle est maintenant adulte et elle peut agir d'une manière responsable, elle ne sait pas de tout à qui s'adresser dans sa communauté pour obtenir de l'aide et trouve que elle n'a pas de tout la

chance de développer des compétences qui se seront utiles plus tard pour un emploi ou pour un autre.

En ce qui concerne la sous-échelle correspondant au thème fournisseurs de soins, notre sujet à indiquer concernant ses besoins physiologiques que ces fournisseurs de soins ne la surveillent pas de tout de près et si elle a faim, mais elle mange beaucoup. Et pour les besoins psychologiques elle avoue que ces fournisseurs de soins ne la connaissent pas de tout, et qu'elle parle énormément de ce qu'elle ressent à ses fournisseurs de soins et qu'ils sont énormément présente lorsqu'elle rencontre des difficultés, qu'elle se sent vraiment en sécurité à leur compagnie, qu'elle apprécie un peu les traditions et la culture de ses fournisseurs de soins.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte montre des aspects importants de la vie de Lina. Les croyances spirituelles sont une énorme force pour elle, ainsi elle participe un peu à des activités à caractère religieux, et croit que ce n'est pas de tout important d'être au service de sa communauté. Concernant le plan de l'éducation, elle accorde un peu de valeur à son parcours éducatif, et à sa place dans son école, pour le côté culturel Lina ressent des émotions variées c'est une façon de dire qu'elle n'admire aucune personne de sa communauté, de plus elle n'est pas de tout fière de ces origines éthiques et n'apprécie jamais les traditions de sa communauté. Lina indique qu'elle n'est pas de tout bien traité dans la communauté, mais malgré tout ça elle exprime un sentiment de fierté en tant qu'algérienne.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28 :

Notre premier cas obtenu un score de 66, ce qui est inférieure à la moyenne de référence de 140 selon le manuel du test CYRM-28. Ce score indique une résilience inférieure dans tous les domaines évalués. Nous n'avons observé que Lina présente une résilience proche de la moyenne que dans le domaine de thème fournisseurs de soins, avec un score de 23 par apport à une moyenne de 24.5. De plus, les items explorant le thème individuel ont obtenu un score de 22, inférieur à la moyenne de 35. En fin, dans le domaine contextuel, Lina a obtenu un score de 21 par apport à une moyenne de 30,36 pour les éléments abordant ce sujet.

Synthèse de cas N°01 : Lina

En associant notre entretien de recherche semi-directif avec l'utilisation de deux échelles de mesure, l'une pour évaluer le niveau de dépression et l'autre pour mesurer la résilience, nous avons pu obtenir une vision d'ensemble de l'expérience de Lina.

L'analyse des résultats de notre sujet de recherche montre une dépression sévère, avec un score de 41 sur l'échelle CDI, dont la moyenne se situe entre 0 et 54. Nous avons également observé une faible résilience, avec un score de 67 sur l'échelle CYRM-28, dont la moyenne se situe entre 28 et 140.

Les informations recueillies lors de l'entretien sont en cohérence avec les données obtenues à travers les différentes échelles de dépression et de résilience.

Cas N° 02 : Yacine

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif :

Yacine est un garçon de 11 ans, actuellement en 4ème année primaire. Né sous X, il a été abandonné dès la naissance. Il a été transféré dans l'établissement de Bejaïa à l'âge de 8 ans, sans aucune information le concernant, et même sans carnet de santé.

Lors de notre évaluation, Yacine s'est montré très sympathique et curieux. Il était très actif, bougeant beaucoup. Malgré son agitation, il répondait bien aux questions que nous lui posions et se montrait coopératif.

Axe 1 : Entretien de recherche avec l'infirmière

Les informations que nous avons pu recueillir auprès de l'infirmière du centre concernant Yacine révèlent des aspects significatifs de son état de santé et de son bien-être général. Yacine présente un développement biologique normal et ne souffre d'aucun problème de santé, y compris de somatisation. Cependant, le principal souci concernant Yacine réside dans son manque de repères affectifs. En raison de ses carences affectives extrêmes, il cherche constamment à combler ce vide en faisant des câlins à tout le monde, une manifestation évidente de son besoin d'affection et de sécurité émotionnelle. L'infirmière souligne l'importance de lui offrir un environnement stable et affectueux pour l'aider à développer des attaches saines et un sentiment de sécurité. Un soutien émotionnel approprié est crucial pour son développement psychologique et son bien-être global.

Axe 2 : Entretien de recherche avec l'éducatrice générale

Yacine est décrit par l'éducatrice de l'établissement comme étant un enfant profondément marqué par la crainte de Dieu. À son arrivée au centre, il présentait un langage télégraphique et des mouvements répétitifs de balancement. Il avait l'habitude de sucer son

pouce ou de mordre sa main lorsqu'il était nerveux. Yacine vivait dans un monde imaginaire bien à lui, où il parlait à sa main et même aux animaux. Il avait du mal à s'endormir et était souvent le dernier à trouver le sommeil parmi les autres enfants, bien qu'il ne fasse pas de cauchemars.

Sur le plan relationnel, Yacine était initialement un enfant très renfermé sur lui-même et ne parlait à personne. Cependant, avec le temps et grâce à son intégration dans des groupes, il a réussi à nouer des relations. Parfois, son comportement peut sembler étrange, car il donne des bisous et des câlins à n'importe qui.

Sur le plan scolaire, ses résultats sont moyens, mais il a besoin d'une personne pour l'aider à se concentrer.

Axe 3 : Entretien avec la psychologue

La psychologue de l'établissement a indiqué que l'enfant Yacine a été placé dans notre centre à un âge avancé, sans carnet de santé est sans informations précises sur son développement psychomoteur, à l'exception de deux documents provenant de deux médecins différents d'un centre de pédopsychiatrie. L'un de ces documents diagnostiquait Yacine comme étant autiste, tandis que l'autre le considérait hyperactif. À son arrivée, il était sous traitement psychiatrique et avait été intégré dans une école spécialisée pour enfants inadaptés. Il avait également été accueilli par une famille, mais cette tentative de kafala s'était soldée par un échec.

À son arrivée au centre, Yacine présentait des comportements stéréotypés et répétitifs, ainsi qu'un langage télégraphique. Il avait l'habitude de parler à sa main et montrait une absence d'habiletés sociales, bien qu'il semble comprendre ses propres limites. Pour favoriser son intégration, il a été inclus dans des groupes où il participait aux tâches ménagères, aux jeux et aux fêtes.

Yacine a créé son propre monde imaginaire, où il interagissait souvent avec sa main. Il avait également été massivement exposé à la télévision, ce qui se manifestait par un langage influencé par les dessins animés. La psychologue lui a fourni une psychoéducation pour l'aider à comprendre et à exprimer ses émotions, car il avait parfois des rires inexplicables.

Avec le temps, Yacine a développé une prise de conscience de ses comportements inadaptés et a même commencé à les reconnaître en disant "نتمهيل" (je fais semblant d'être fou). Il a bénéficié d'un travail individualisé de remise à niveau en sciences pour améliorer ses

Synthèse de l'entretien de recherche avec Yacine

Ainsi, notre sujet de recherche a été confronté à une situation extrêmement difficile durant son abandon et son placement, marquée par la perte de la figure d'attachement qui était censée lui offrir protection et soutien. Cette perte a conduit Yacine à manifester des signes évidents de dépression, notamment par des troubles du sommeil, des changements d'humeur, et un repli sur lui-même. Cependant, malgré cette épreuve, il a également démontré des signes notables de résilience. En effet, Yacine a réussi à tisser des liens significatifs avec ses camarades du centre, montrant ainsi sa capacité à s'adapter et à trouver du soutien social même dans un environnement difficile.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CDI

La passation de l'échelle a eu lieu immédiatement après la fin de l'entretien, avec le consentement de participant. La durée de la passation a été de 21 minutes. Les résultats obtenus par Yacine à l'échelle CDI (annexe n°6) sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau N°11 : Résultats de Yacine obtenus dans l'échelle de CDI

0 absent	1 modéré	2 sévère
9	15	3
Score total = 21 / Dépression modérée		

Le score total est de 21 indiquant une dépression modérée. L'analyse des résultats de l'échelle CDI a révélé que Yacine a obtenu un score de 15 réponses de degré 1 dans les domaines suivants, dans l'item n° 1 « *je suis triste très souvent* », ce qui est révéle une profonde détresse émotionnelle, un sentiment de perte et de solitude, exacerbés par l'absence de soutien et la difficulté à établir des relations stables. Ainsi dans l'item n° 4 il indique un manque de plaisir, de motivation et d'intérêt pour les activités quotidiennes « *peu de choses m'amuse* », de même- il exprime une expression de frustration, de colère ou de douleur émotionnelle dans l'item n°5 « *je suis souvent désagréable* ». Ensuite dans l'item n° 8 « *bien souvent ce qui ne va pas est de ma faute* » ou il peut refléter un sentiment de responsabilité excessive, d'auto-culpabilisation et de faible estime de soi, souvent liés à des expériences passées de rejet, de négligence ou de maltraitance. En effet dans l'item n° 10 « *j'ai souvent envie de pleurer* » peut révéler une

détresse émotionnelle profonde, un sentiment de solitude et d'abandon, ainsi qu'une difficulté à exprimer et à gérer ses émotions. De surcroît dans l'item n° 11 « *il y a souvent quelque chose qui me tracasse* » peut indiquer une anxiété générale, un sentiment d'insécurité, puis dans l'item n° 12 « *souvent je n'aime pas être avec les autres* » peut refléter une difficulté à établir des liens sociaux, un sentiment de méfiance ou de peur. Ainsi dans l'item n° 19 « *je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part* » peut indiquer une anxiété liée à la santé physique, une préoccupation pour soi-même accentuée par des expériences de négligence ou de manque de soins dans le passé. Également dans l'item n° 21 « *je m'amuse rarement à l'école* » peut indiquer un manque d'engagement, de motivation ou d'intérêt pour les activités scolaires, d'ailleurs dans l'item n° 22 « *j'ai beaucoup d'amis* » pourrait refléter une volonté de compenser le manque affectif ou un besoin de validation sociale. Enfin il révèle un besoin profond de validation, d'affection et de sécurité émotionnelle, souvent exacerbé par des expériences passées de rejet ou d'abandon dans l'item n° 25.

Yacine a également obtenu 3 réponses de degré 2 : dans l'item n° 16 « *j'ai toujours du mal à dormir la nuit* » peut indiquer un sentiment d'insécurité et un dysfonctionnement du sommeil, puis dans l'item n° 18 il reflète, un manque d'appétit causé par le stress, l'anxiété ou la dépression « *la plupart du temps, je n'ai pas envie de manger* », enfin dans l'item n° 23 « *j'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir* » peut indiquer une détérioration de la performance académique liée à des perturbations émotionnelles, à un manque de motivation ou à des difficultés d'adaptation dans l'environnement institutionnelle.

Synthèse de l'échelle de CDI

Dans le cas de Yacine, divers éléments suggèrent qu'il présente une dépression modérée, avec une moyenne de 21 sur l'échelle d'évaluation. Il est raisonnable de penser que l'état dépressif de Yacine est principalement attribuable à son placement en établissement pour enfants assistés, ce qui semble être un facteur déclenchant majeur de sa condition actuelle.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

La passation a duré 17 minutes, et les résultats obtenus par Yacine à l'échelle CYRM-28 (annexe n°14) sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N°12 : Résultats du questionnaire de CYRM-28 par dimension

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
2	8	9	2	7

Tableau N°13 : Résultats de Yacine obtenus dans l'échelle et la sous-échelle de CYRM-28

thèmes	Sous échelle	items	score	Score générale des sous-échelles	Score total de l'échelle	Interprétation de score
Thème individuel	Aptitude personnelles	2, 8, 11, 13, 21	17	29	88	Très faible niveau de résilience
	Soutien des paires	14, 18	4			
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	8			
Thème fournisseurs de soins	Besoins physiologiques	5, 7	6	17		
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	11			
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	13	42		
	Education	3, 16	10			
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	19			

Le score total obtenu est de 88 indiquant un très faible niveau de résilience. Dans cette sous-échelle qui correspond au thème individuel on a obtenu un score de 29 pour une moyenne de 35, ce qui signifie que notre sujet de recherche est en dessous de la moyenne. Ainsi on a obtenu un score de 17 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, un score de 4 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 8 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. On remarque que cet enfant obtient un score plus élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelles, puis un score moins élevé dans le soutien des pairs et l'aptitude sociale.

Le thème fournisseur de soins regroupe les besoins physiologiques et psychologiques. Dans cette sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 17 pour une moyenne de 24, 01, ce qui signifie qu'il est en dessus de la moyenne. Ainsi pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 6, pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 11, pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus élevé dans les besoins physiologiques, puis un score moins élevé en besoins psychologiques.

Le thème contextuel regroupe l'éducation, le spirituel ainsi que le culturel. Dans cette sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 42 pour une moyenne de 30.36, ce score élevé indique que Youcef fait preuve de résilience dans son contexte environnemental. Cependant, dans le domaine spirituel, il a obtenu un score de 7, ce qui est inférieur à la moyenne de 15. Cela suggère qu'il accorde moins d'importance à cet aspect par rapport à la moyenne des participants. Pour le domaine éducatif, son score de 10 correspondants à la moyenne de 10, ce qui suggère un équilibre satisfaisant dans ce domaine. En ce qui concerne le domaine culturel, Yacine a obtenu un score de 19, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne de 25. Cela suggère qu'il y a encore une possibilité d'approfondir son engagement dans le domaine culturel.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel, en ce qui concerne les aptitudes personnelles on remarque que notre sujet de recherche possède des aptitudes personnelles remarquables, il collabore de manière moyenne avec les autres, il essaye moyennement de terminer ce qui l'a commencé, il voit que les gens aiment d'une manière moyenne être avec lui, elle est capable de résoudre ses problèmes sans se faire du mal ni blesser les autres. En ce qui concerne le soutien des pairs, il exprime un faible sentiment de soutien de la part de ses amis. Il se sent pas soutenue par eux. Dans les aptitudes sociales, elle montre une grande inexpérience pour se comporter dans différentes situations sociales. Il ne sait pas

vraiment comment interagir avec les autres et se montre responsable en tant qu'adulte. Il a également une faible connaissance des personnes vers lesquelles se tourner dans sa communauté pour obtenir de l'aide, il dit aussi qu'il a de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, en ce qui concerne les besoins physiologiques notre sujet pense que ces fournisseurs de soins à l'établissement le surveillent moyennement, s'il a faim il ne mange que moyennement. Pour les besoins psychologiques, notre sujet de recherche pense que ses fournisseurs de soins ne le connaissent pas, il ne parle qu'un peu à ses fournisseurs de soins sur son ressenti, ses fournisseurs de soins sont à ses côtés d'une manière moyenne lorsqu'il a des difficultés, il se sent un peu en sécurité quand il est avec sa famille, et il apprécie moyennement les traditions et la culture de sa famille.

Concernant la sous-échelle correspondant au thème contexte, dans le spirituel, les croyances sont énormément une force pour lui, il participe beaucoup aux activités au caractère religieux, elle croit qu'il est moyennement important d'être au service de sa communauté. Yacine croit beaucoup que l'éducation est une chose importante pour lui et il se sente énormément à sa place à son école, dans le culturel, il a dit qu'il a peu de personnes qu'il admire, il est fier de son origine ethnique, il apprécie beaucoup les traditions de sa communauté, il est moyennement bien traité dans sa communauté et qu'il est aussi fière énormément d'être citoyen d'Algérie.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

En ce deuxième cas, notre sujet de recherche a eu un score de 88, un score qui est loin de la moyenne, indiquant un niveau de très faible résilience.

On remarque que notre sujet à un niveau très faible de résilience. Ce dernier est possible grâce à l'ensemble de soutien donné. D'abord on a pu noter une plus grande résilience dans le thème individuel par un score de 29 pour une moyenne de 35, puis un score de 24 pour une moyenne de 30.36 pour le thème contextuel, enfin le thème fournisseur de soins par un score de 17 pour une moyenne de 24.01.

Synthèse de cas N° 02 : Yacine

Pour collecter les informations ci-dessous, nous avons utilisé un entretien et deux outils d'analyse. Ces méthodes nous ont permis d'explorer le vécu de Yacine. Grâce à l'entretien, nous avons pu poser diverses questions qui ont mis en lumière les symptômes positifs et négatifs exprimés par cet enfant. L'abandon de Yacine l'a profondément affecté, comme en témoignent les nombreux symptômes dépressifs observés.

Il apparaît clairement que Yacine n'a pas surmonté le traumatisme de cet abandon, surtout compte tenu de ses conditions de vie et du manque de soutien de son entourage. Cependant, il y a aussi des signes positifs et des moments de résilience dans certaines situations. Ainsi, les résultats de l'entretien et des deux outils utilisés concordent, montrant un lien entre les témoignages de Yacine et les mesures de dépression et de résilience que nous avons appliquées.

Cas N° 03 : Salim

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif :

Salim, un élève de 5ème primaire âgé de 12 ans, a été initialement placé à l'établissement des enfants assistés de Taref avant d'être transféré à l'établissement de Bejaïa en 2022, à l'âge de 10 ans. Salim connaît sa mère, qui vient rarement le voir pour passer un peu de temps avec lui.

Lors de notre rencontre, Salim était souriant et semblait avoir une grande confiance en lui. Il entretient de bonnes relations avec ses amis et aime passer du temps à jouer avec eux. Salim a également une passion particulière pour le sport, notamment le football, qu'il pratique avec beaucoup d'enthousiasme.

Axe 1 : Entretien de recherche avec l'infirmière

Les informations que nous avons pu recueillir auprès de l'infirmière du centre concernant Salim révèlent plusieurs points importants sur son état de santé. Lors de son placement initial, Salim présentait un léger retard de croissance. Cependant, grâce aux soins appropriés et à une prise en charge attentive, son état s'est nettement amélioré. Actuellement, Salim ne souffre d'aucune maladie somatique, ce qui signifie qu'il ne présente aucun trouble physique notable. L'infirmière souligne l'importance de la prise en charge précoce et continue, qui a permis à Salim de rattraper son retard et de bénéficier d'un développement plus harmonieux. La vigilance et les soins apportés par l'équipe médicale ont joué un rôle crucial dans son progrès et son bien-être général.

Axe 2 : Entretien de recherche avec l'éducatrice principale

L'éducatrice décrit Salim comme un enfant sage, autonome et tranquille. Au début de son placement à l'établissement, il utilisait parfois des mots vulgaires, mais avec le temps, il a cessé de le faire et s'exprime maintenant de manière appropriée. Il dort bien, bien que parfois il souffre d'énurésie.

Dans ses relations avec les autres, Salim aime prendre le rôle de leader au sein du groupe. Lorsqu'il rencontre des difficultés, il n'hésite pas à solliciter l'aide de l'éducatrice. Concernant sa scolarité, Salim s'efforce de donner le meilleur de lui-même afin d'obtenir de bonnes notes et de maintenir une bonne moyenne.

Axe 3 : Entretien de recherche avec la psychologue

La psychologue décrit Salim comme un enfant ayant un comportement généralement stable, bien que parfois opposant et en conflit. Il ne présente pas de symptomatologie lourde, mais il lui arrive de pleurer parce qu'il souhaite voir sa mère. Cependant, après un moment, il se calme. De plus, il exprime le désir d'être accueilli dans une famille.

Au début de son placement, ses capacités cognitives étaient limitées, mais elles ont considérablement évolué avec le temps. Salim a développé des capacités mentales pour faire face à sa situation et est conscient de la situation défavorable de sa mère ainsi que des avantages offerts par le centre.

Salim a également développé un comportement d'opposition avec une tendance à la provocation, mais il reste un enfant motivé et stable dans ses relations avec les autres. Il est capable de maintenir des relations positives malgré ses moments de défi, et il continue à montrer une forte volonté de surmonter les obstacles. Sa prise de conscience de sa situation et des ressources disponibles pour lui indique une maturité émotionnelle croissante et une capacité d'adaptation notable.

Axe 4 : Entretien avec l'enfant

Pendant l'entretien avec Salim, il s'est montré calme et très sérieux, prêt à répondre à nos questions de recherche, ce qui témoigne d'une estime de soi élevée. Concernant ses relations avec ses amis, il affirme que tout se passe bien. Il a beaucoup d'amis qu'il apprécie énormément, bien qu'il lui arrive parfois de s'énerver. En ce qui concerne ses relations avec les éducatrices, il avoue qu'elles sont très gentilles avec lui, mais il reconnaît que le problème vient de lui-même, en disant : « شوية صافا ماشي بزاف، نرجع الهدرة و نشنف عليهم، هوما ملاح معايا يعطوني ناكل، يخرجوني » (*ça ne va pas trop ils prennent bien soin de moi, je sors, je mange bien mais je chipote et je leur parle mal*).

Salim éprouve un profond attachement à son école et manifeste un grand intérêt pour ses études. En cas de problèmes de concentration, il n'hésite pas à demander de l'aide pour bien

comprendre ses cours, en disant que « نحب نولي » «ل'école, c'est ma deuxième maison. C'est avec les études que je vais réussir mon avenir. Je souhaite devenir chauffeur et travailler avec un micro portable». Cette déclaration démontre une grande résilience et une volonté de surmonter ses circonstances actuelles pour atteindre ses objectifs futurs.

De plus, Salim indique qu'il mange très bien et dort bien. Il admet que les situations difficiles lui font peur et qu'il préfère les éviter, ce qui peut être interprété comme une stratégie de coping, signifiant qu'il cherche à protéger son bien-être émotionnel.

Synthèse de l'entretien de recherche avec Salim

Salim dans un entretien, laisse transparaître un état d'esprit légèrement déprimé. Malgré cette mélancolie apparente, il conserve une lueur d'espoir et affiche une détermination à poursuivre son objectif futur. Il évoque probablement des défis personnels qui pèsent sur son moral, mais son discours montre qu'il n'a pas renoncé à ses aspirations, cette attitude révèle une résilience notable et une capacité à maintenir une vision positive de l'avenir, même dans les moments difficiles

2. Présentations et analyse des résultats de l'échelle de CDI

La passation de l'échelle s'est déroulée directement après qu'on ait terminé l'entretien avec l'accord du participant. La passation a duré 19 minutes, et les résultats obtenus par Salim à l'échelle CDI (voir l'annexe n°7) sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N°14 : Résultats de Salim obtenus dans l'échelle de CDI

0 absent	1 modéré	2 sévère
15	6	6
Score total = 19 / Dépression légère		

L'interprétation et l'analyse de l'échelle du CDI

Le score total est de 19 indiquant une dépression légère. Selon l'échelle de CDI, indique que Salim a côté un score de 6 réponses de degrés de, une anxiété constante et un sentiment de peur que des événements négatifs se produisent par l'item numéro 6 « je suis sûr que des choses

horribles vont m'arriver » souvent accompagné par une inquiétude avec un sentiment de vulnérabilité et d'instabilité, ce que nous avons dans l'item numéro 11 « *il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse* ». Salim révèle un profond sentiment de culpabilité et une faible estime de soi dans l'état numéro 8 « *tout ce qui ne va pas et de ma faute* ».

Dans l'item numéro 15 « *je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs* ». Cela peut être dû à un manque de soutien et d'encouragement, il a côté degré 1 dans l'item numéro 21 « *je m'amuse rarement à l'école* » ce qui a influencé sur ses résultats dans l'item numéro 25 à côté le degré 1 « *mes résultats ne sont pas aussi bon qu'avant* », des sentiments de détresse émotionnelle et d'insécurité exprimé dans l'item numéro 1 degré 1 « *je suis très souvent* » et par les items numéro 11 degré 1, « *j'ai envie de pleurer tout le de temps en temps* ». Le sujet indique qu'il a besoin de soutien émotionnel, dans l'item numéro 5 degré 1 « *je suis souvent désagréable* » Salim vous ressentir un fort besoin de se connecter avec les autres et de se sentir accepté, exprimer par les items numéro 22 degrés 1 « *j'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus* ».

Synthèse de l'échelle CDI :

Après avoir passé en revue en détail l'entretien réalisé dans le cadre du CDI, il est devenu évident que Salim présente des signes de dépression légère. Cette conclusion est appuyée par les résultats qui en ont émergée. En utilisant l'échelle CDI, nous avons pu appréhender l'intensité de sa dépression à travers dix-neuf réponses fournies. Ainsi, il est plausible de supposer que le bien-être émotionnel de Salim est influencé par son environnement au sein de l'établissement pour enfants assistés.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

La passation de l'échelle s'est déroulée dans le bureau de la psychologue elle a duré 19 minutes, et les résultats obtenus par Salim à l'échelle CYRM-28 (voir l'annexe n°15) sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N°15 : Résultats de Salim obtenus dans la sous échelle et l'échelle de CYRM-28 par dimension

Pas de tout	un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1	3	3	6	15

Les réponses obtenues présentent une variation significative entre pas du tout et énormément. Pour « *pas du tout* » on a obtenu un score de 1, pour « *un peu* » on a obtenu un score de 3, « *moyennement* » on a obtenu un score de 3, pour « *beaucoup* » on a obtenu un score de 6 et pour « *énormément* » on a obtenu un score de 15.

Tableau N°16 : Les résultats de la sous-échelle de CYRM-28 de cas de Salim

Thèmes	Sous échelles	Items	Score	Score générales des sous- échelles	Score totale de l'échelle	Interprétation de score
Thèmes individuelle	Aptitude personnelles	2-8-11- 13-21	20	40	115	Niveau moyen de résilience
	Soutien des pairs	14-18	8			
	Aptitude sociales	4-20-15- 25	12			
Thème fournisseurs de soins	Besoins physiologique	5-7	10	34		
	Besoins psychologique	6-12-17- 24-26	24			
Thème contexte	spirituel	9-22-23	14	41		
	Education	3-16	10			
	Culturel	1-10-27- 28-18	17			

Le score de notre sujet de recherche est de 115, ce qui situe dans la norme établie entre 28 et 140 ces résultats suggèrent un niveau moyen de résilience.

Les données recueillies dans la sous-échelle du thème individuel sont de 40, alors que dans la sous-échelle de thème fournisseurs de soins, le score est de 34. Tandis que la sous-échelle de thème contexte, le score obtenu est de 41.

La sous-échelle qui aborde le thème individuel, notre sujet a obtenu un score de 40, ce qui est supérieur à la moyenne 35. Cela indique que notre sujet présente une très grande résilience dans ce domaine spécifique. En ce qui est en relation avec les aptitudes personnelles, le score obtenu est de 20, comparé à une moyenne de 25. Pour le soutien des pairs, le score est de 8 avec une moyenne de 10. Et pour les aptitudes sociales, le score est de 12 pour une moyenne de 20. Parmi les diverses sous-échelles, notre cas a obtenu un score proche de la moyenne dans le soutien des pairs, un score inférieur dans les aptitudes personnelles et dans les aptitudes sociales.

Pour la sous-échelle qui implique au thème fournisseurs de soins, nous avons obtenu un score de 34, pour une moyenne de 24,5, un score qui est au-dessous de la moyenne, un résultat qui montre que Salim manifeste de la résilience. Pour les besoins physiologiques nous avons obtenu un score de 10 pour une moyenne de 10 et sur les besoins psychologiques, nous avons obtenu un score de 24 pour une moyenne de 25. Notre sujet de recherche est désormais apparent un score proche de la moyenne pour les besoins physiologiques. On peut observer que la personne en question présente un score plus élevé pour les psychologiques et un score plus faible pour les besoins physiologiques.

Concernât la sous-échelle correspondant au thème contexte, notre sujet de recherche a obtenu u score de 41, supérieure à la moyenne 30,36 ce qui indique que notre sujet exprime une forte résilience. En ce qui est liée avec le spirituel, le score obtenu est 14, pour une moyenne de 15. Pour l'éducation un score de 10, aligné à la moyenne 10. Et concernant le culturel un score obtenu est de 17, a une moyenne de 25. On remarque que le sujet de recherche obtient un score très élevé dans le domaine de spirituel et l'éducation par contre le score est inferieur dans le domaine de culture.

Dans les sous-échelles correspond au thème individuel, dans les aptitudes personnelles, notre cas de recherche indique énormément qu'il se collabore avec les autres et essaye de terminer ce qu'il a commencé, et qu'el est un peu apprécié par les gens. Et possède une capacité

moyenne afin de régler ses problèmes sans lui faire de mal au blesser les autres, ainsi qu'il est conscient de ces forces. Au sujet de soutien des pairs, notre sujet se sent beaucoup soutenu de la part de ses amis, mais ne sont pas du tout présent à ces cotés lorsqu'il a des difficultés. En ce qui concerne les aptitudes sociales, il a montré qu'il sait ce comporté moyennement dans de différentes situations sociales, et qu'il a une moyenne chance de prouver aux autres et qu'il est désormais un adulte capable d'agir de manière responsable, et qu'il ne sait pas de tout a qui s'adresser pour obtenir de l'aide, mais Salim affirme que-il à une énorme chance afin de développer des compétence qui lui seront serviabes au future.

A propos de la sous-échelle liée au thème fournisseurs de soins, ce qui est en relation avec les besoins physiologiques, ces fournisseurs de soins le surveillent énormément et veillent à ce qu'il est suffisamment à manger lorsqu'il a faim. Sur le plan des besoins psychologiques ces fournisseurs de soins le connaissent très bien, et il parle vraiment de tout ce qu'il ressent et mentionne que ses fournisseurs de soins sont à ses côtés en cas de situation difficile, ainsi il sent une énorme sécurité lorsqu'il est en compagnie, et bien sûr qu'il apprécie énormément les traditions et la culture de ces fournisseurs de soins.

La sous-échelle du contexte, relatif à la spiritualité, les croyances spirituelles sont une énorme force pour lui et participe trop aux activités à caractère religieux, et croit quel il est beaucoup important d'être au service de sa communauté, pour l'éducation elle très importante pour lui, et sent qu'il est vraiment à sa place à l'école. Quant au volet culturel, il y'a peu de personne qu'il admire et beaucoup fière de son origine, mais il est un peu traité sans sa communauté, mais il apprécie trop les traditions de sa communauté, et il est très fière d'être un citoyen algérien.

Synthèse de cas N° 03 : Salim

En menant des entretiens de recherche semi-directifs et en utilisant des échelles spécifiques pour évaluer la dépression et la résilience, nous avons réussi à obtenir des informations précieuses et détaillées sur l'expérience de notre sujet de recherche. Salim a obtenu un score de 19 sur l'échelle de dépression, ce qui indique qu'il présente des symptômes de dépression légère. En revanche, son score de 115 sur l'échelle de résilience révèle une capacité à faire face aux difficultés indique un niveau moyen de résilience.

Ces scores montrent non seulement la complexité et la nuance de son état psychologique, mais ils soulignent également l'importance de la résilience dans la gestion de la dépression. Les

données recueillies lors de l'entretien sont en accord avec les résultats des deux échelles, confirmant une corrélation entre le niveau de dépression et résilience. Cette cohérence entre les différentes sources de données renforce la validité de notre analyse et met en lumière l'importance de considérer à la fois les aspects négatifs et positifs du vécu de la personne dans le cadre de recherches en psychologie clinique.

Cas N° 04 : Youcef

1. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif :

Youcef est un jeune garçon de 11 ans, actuellement scolarisé en première année primaire. Ce retard scolaire est dû à l'ancien établissement qui ne l'a pas inscrit à l'école. Placé en institution par décision judiciaire depuis sa naissance, il n'a jamais connu de placement familial. Lors de notre entretien, Youcef a montré une grande aisance dans son expression et s'est exprimé sans trop de retenue. Il est resté calme et posé tout au long de la rencontre, qui a duré environ 30 minutes. Aucune difficulté particulière n'a été observée lors de la passation.

Axe 1 : Entretien de recherche avec l'infirmier

Les informations recueillies auprès de l'infirmière de l'établissement révèlent que Youcef a eu un développement biologique normal et ne présente aucun problème de santé majeur. Cependant, il souffre d'une hyper salivation. Sa motricité fine est lourde et limitée, ce qui peut poser des défis dans les activités nécessitant une coordination précise. De plus, sa démarche est également lourde, attribuable à un relâchement musculaire. Enfin, Youcef présente une pollakiurie, ce qui signifie qu'il ressent fréquemment le besoin d'uriner.

Axe 2 : Entretien de recherche avec l'éducatrice générale

Youcef est décrit par son éducatrice comme un enfant calme. À son arrivée à l'établissement, Youcef ne connaissait pas les règles de propreté, mais il a fait des progrès significatifs et est désormais propre, suivant les conseils des éducatrices.

Bien qu'il n'ait pas de difficulté à s'endormir, les appels nocturnes de sa mère provoquent des épisodes d'énurésie et des crises de pleurs. En dépit de ces difficultés, Youcef entretient de bonnes relations avec ses camarades. Il a un ami intime avec qui il partage une forte complicité, répondant volontiers à ses demandes. Globalement, il montre du respect envers tout le monde et adopte rarement un comportement agressif.

Youcef aime beaucoup ses études et fait des efforts considérables pour réussir. Par rapport aux autres enfants, il se distingue par son calme exemplaire, ce qui peut en clinique signifier des choses.

Axe 3 : Entretien avec la psychologue

La psychologue de l'établissement a fourni des informations détaillées sur Youcef. Il présente un développement globalement normal, bien que marqué par une certaine lenteur dans le langage et la démarche. Grâce à un suivi médical, ses capacités psychomotrices et cognitives ont considérablement progressé.

Sur le plan émotionnel, Youcef exprime souvent de la tristesse et peut avoir des crises de colère. Il se questionne régulièrement sur les raisons pour lesquelles sa mère l'a placé. Comportementalement, il montre parfois de l'agressivité et des comportements destructeurs, en plus de manifester un refus concernant sa situation actuelle. Il souffre de carence affective, ce qui se traduit par des crises de pleurs et une grande souffrance psychologique. En termes de relations sociales, Youcef entretient des relations stables et amicales, et fait preuve de sagesse en respectant les consignes. La psychologue note également que Youcef désire ardemment rejoindre sa mère. Bien qu'il veuille continuer à progresser, il demande constamment après elle.

Axe 4 : Entretien avec l'enfant

Pendant notre entretien avec Youcef, nous avons observé qu'il était calme et répondait à toutes nos questions. Sur le plan relationnel, Youcef entretient de bonnes relations avec ses amis et même avec les éducatrices. Il exprime son affection en disant : *"Ça va, elles m'aiment, elles me donnent à manger, je les aime trop."*

Youcef montre un intérêt réel pour l'école et les études. Il se nourrit bien et dort paisiblement. Lorsqu'on lui demande s'il se sent seul, il répond avec assurance : « ابدأ الصبح في الله ربي معيا », «*Non jamais ! Dieu est avec moi*». Cependant, il reconnaît avoir des difficultés de concentration.

Il est évident que Youcef éprouve un amour profond pour sa mère et espère vivement qu'elle revienne bientôt pour le récupérer et vivre avec elle. Tous ses projets et aspirations pour l'avenir sont liés à sa maman.

Synthèse de l'entretien de recherche avec Youcef

Youcef exprime une profonde tristesse face à la perte de sa mère. Cependant, à travers notre entretien avec lui, ainsi qu'avec sa psychologue et son éducatrice, nous avons identifié des aspects positifs dans sa situation. Nous avons observé des signes de résilience et de progrès dans son comportement et son état d'esprit.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CDI**Tableau N° 17 : Résultats de Youcef obtenus dans l'échelle de CDI**

0 absent	1 modéré	2 sévère
14	6	7
Score total = 20 / Dépression modérée		

Le score total est de 20 indiquant une dépression modérée. L'analyse des résultats de l'échelle CDI a révélé que Youcef a obtenu un score de 6 réponses de degré 1 dans les domaines suivants, concernant l'item n° 3 il reflète un sentiment de perte et de manque par rapport aux expériences, relations et opportunités qu'il perçoit comme inaccessibles dans son environnement actuel *«Je rate beaucoup de choses»*. Tout en manifestant des mécanismes de défense face à des sentiments de rejet, d'insécurité et de manque affectif dans l'item n° 5 *«Je suis souvent désagréable»*, de plus de l'item n° 6 il révèle une anxiété profonde et une insécurité due à des expériences passées de rejet et d'instabilité *«J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent»*. Dans l'item n° 22 *«J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus»*, Youcef exprime un besoin de reconnaissance sociale et de relations affectives plus nombreuses pour combler un sentiment de solitude et d'insécurité. Tandis que dans l'item n° 25 *«Je me demande si quelqu'un m'aime»* ce qui reflète une profonde quête d'amour et d'acceptation, ainsi qu'une insécurité émotionnelle liée à l'abandon, et enfin dans l'item n° 27 il montre une expression de détresse émotionnelle, de frustration et de difficulté à gérer ses émotions, souvent liées à un sentiment d'insécurité et de manque de soutien affectif *«Je me bagarre souvent»*.

Youcef a également obtenu 7 réponses de degré 2 : dans le thème 1 *«je suis tout le temps triste»*, reflète une profonde détresse émotionnelle et un sentiment persistant de perte et de désespoir lié à l'abandon et à l'instabilité de son environnement, et il montre un manque de motivation et de soutien, ainsi qu'une difficulté à se concentrer en raison de stress émotionnel et d'insécurité dans l'item n° 15 *«je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs»*. Dans

l'item n° 16 « *j'ai toujours du mal à dormir la nuit* » exprime une anxiété élevée. Puis dans l'item 17 « *je suis tout le temps fatigué* » il montre une charge émotionnelle et mentale intense, combinée à un manque de soutien affectif et de stabilité dans son environnement, de plus il indique une hyper vigilance causée par des expériences passées de négligence ou de maltraitance dans l'item n° 19 « *je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part* ». Ensuite dans l'item n°23 « *j'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir* » il reflète une détérioration de la performance académique liée à des troubles émotionnels, à un manque de soutien et à des perturbations dans son environnement éducatif, enfin. Dans l'item n° 13 « *je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses* » ou il démontre une difficulté à prendre des décisions liées à un sentiment d'incertitude, de manque de confiance en soi et de peur des conséquences, souvent exacerbée par des expériences passées de rejet et d'instabilité.

Synthèse de l'échelle de CDI

L'examen minutieux de l'entretien conduit dans le contexte du CDI révèle que Youcef obtient une évaluation modérée, avec une note moyenne de 20 sur l'échelle d'évaluation. Cette conclusion est étayée par les résultats obtenus. Il est donc raisonnable de supposer que le bien-être émotionnel de Youcef est affecté par son environnement au sein de l'établissement pour enfants assistés.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Tableau N° 18 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 par dimension

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	énormément
3	6	2	6	11

Tableau N° 19 : Résultats de Youcef obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

thèmes	Sous échelle	items	score	Score générale des sous-échelles	Score total de l'échelle	Interprétation du score
Thème individuel	Aptitude personnelles	2, 8, 11, 13, 21	16	29	96	Faible niveau de résilience
	Soutien des paires	14, 18	7			
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	10			
Thème fournisseurs de soins	Besoins physiologiques	5, 7	7	30		
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	23			
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	10	37		
	Education	3, 16	5			
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	22			

Dans la sous-échelle correspondant au thème individuel, notre sujet de recherche a obtenu un score de 33 pour une moyenne de 35, un score qui est en dessus de la moyenne, ce qui signifie que notre sujet est peu résilient dans ce domaine. Ainsi on a obtenu un score de 16 pour les aptitudes personnelles, pour une moyenne de 25, ensuite on a obtenu un score de 7 pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et un score de 10 pour les aptitudes sociales, pour une moyenne de 20. Alors notre sujet de recherche a obtenu un score plus élevé en ce qui

concerne le soutien des pairs, puis un score moins élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelles, et le dernier score pour les aptitudes sociales.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème fournisseur de soins on a obtenu un score de 30 pour une moyenne de 24,01, un score supérieur à la moyenne, ce qui signifie que Youcef fait preuve de résilience de ce côté. De ce fait pour les besoins physiologiques on a obtenu un score de 7 pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques on a obtenu un score de 23 pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus élevé dans les besoins psychologique puis un score moins élevé dans les besoins physiologiques.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème contextuel on a obtenu un score de 37 pour une moyenne de 30.36, un score qui est à la limite supérieure. Ainsi, le score pour le spirituel était en moyenne 10 contre 15, pour l'éducation on a eu un score de 5 pour une moyenne de 10, et pour le culturel on a obtenu un score de 22 pour une moyenne de 25. Donc nous remarquerons que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé dans la dimension culturelle, suivie d'un score plus faible dans les dimensions spirituelle et éducation.

Dans la sous-échelle du thème individuel, notre sujet de recherche présente les caractéristiques suivantes au niveau des aptitudes personnelles : il collabore de manière moyenne avec les autres, il ne fait pas d'efforts pour terminer ce qu'il a commencé, les gens l'apprécient énormément en sa compagnie, il est un peu capable de résoudre ses problèmes sans se faire du mal ni blesser les autres. Pour le soutien des pairs, notre sujet de recherche se sent soutenue de manière modérée par ses amis, et qu'ils sont moyennement à ses côtés. Pour les aptitudes sociales, Youcef sait un peu comment se comporter dans de différentes situations sociales, il voit qu'il n'a pas de la chance pour prouver aux autres qu'il est maintenant grand et qu'il peut agir de manière responsable, il sait moyennement vers qui se diriger en cas il a besoin d'aide, il trouve qu'il a beaucoup de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Concernant la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, à propos des besoins physiologiques notre sujet pense que ses fournisseurs le surveillent énormément de près, s'il a faim il mange un peu. Pour les besoins psychologiques, notre sujet de recherche dit que ses fournisseurs de soins le connaissent beaucoup, il leur parle énormément sur son ressenti, est son beaucoup à ses côtés lorsqu'il a des difficultés, il se sent beaucoup en sécurité quand il est avec sa famille, et il apprécie énormément les traditions et la culture de celle-ci.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte, concernant le spirituel, les croyances sont beaucoup une force pour lui, il participe beaucoup dans des activités à caractère religieux, il est beaucoup important d'être au service de la communauté. Pour

l'éducation, il voit que l'éducation est beaucoup importante pour lui, mais il se sent pas du tout à sa place à l'école, concernant le culturel, notre sujet à de profondes admirations pour certaines personnes, il est énormément fier de ses origines ethniques et apprécie les traditions de sa communauté, il est également fière d'être algérien et se sent un peu bien traitée au sein de sa communauté.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Concernant notre quatrième sujet de recherche, il a obtenu un score de 100, un score qui représente que notre sujet de recherche a un faible degré de résilience selon le manuel du de Cyrm-28. On a noté que Youcef présente une résilience plus importante en ce qui concerne le thème fournisseur de soins par un score de 30 pour une moyenne de 24.01, puis les items explorant le thème contextuel par un score de 37 pour une moyenne 30.36, et enfin un score de 33 pour une moyenne de 30.36 pour les items explorant le thème individuel.

Synthèse de cas N° 04 : Youcef

La passation de notre entretien et de nos deux échelles, l'une destinée à mesurer le degré de dépression et l'autre à évaluer le niveau de résilience chez l'enfant en période de latence, nous a permis de recueillir un ensemble d'informations et de scores qui nous ont aidés à étudier l'expérience de Youcef.

Il est clair que notre sujet de recherche a exprimé une dépression d'un niveau modéré, indiquant que l'abandon a profondément marqué Youcef. Cela s'est manifesté au cours de l'entretien à travers diverses expressions, et notre échelle de CDI a permis de concrétiser ces observations. La présence d'une souffrance non surmontée a été confirmée par le niveau faible de résilience retrouvé dans l'échelle CYRM-28.

Cas N° 5 : Ilyes

1. Présentation et analyse des données l'entretien semi-directif :

Ilyes, un enfant de 9 ans, est actuellement en deuxième année de l'enseignement primaire. Né sous X et abandonné à la naissance, il a subi des expériences précoces de privation maternelle, sa mère étant incarcérée. Placé initialement dans un établissement pour enfants assistés à Bejaïa jusqu'à l'âge de 2 ans, il a ensuite été transféré à Bordj Bou Arreridj avant de revenir à Bejaïa en 2022, à l'âge de 7 ans.

Lors de notre évaluation, Ilyes a manifesté une attitude accueillante et un sourire constant, révélant une disposition sociale positive malgré ses antécédents traumatiques. Cependant, son comportement est marqué par une hyperactivité manifeste, une incapacité à maintenir l'attention sur une tâche spécifique, et une propension excessive à la manipulation d'objets « comportement exploratoire compulsif ».

Par ailleurs, Ilyes affiche des traits de comportement non conformes aux stéréotypes de genre, exprimant des attitudes et des jeux souvent attribués aux filles. Malgré cela, il interagit de manière positive avec ses pairs, donnant l'impression d'une bonne adaptation psychosociale. L'entretien, d'une durée de trente minutes, a permis d'obtenir ces observations.

Axe 1 : Entretien de recherche avec l'infirmière

Les informations recueillies auprès de l'infirmière de l'établissement pour enfants assistés décrivent l'état de santé d'Ilyes comme présentant un développement biologique normal, exempt de problèmes de santé spécifiques ou de maladies somatiques. Cependant, la mention selon laquelle Ilyes est suivie par un pédopsychiatre en raison de ses comportements féminins soulève des considérations psychologiques complexes.

La décision de consulter un pédopsychiatre met en lumière la reconnaissance de manifestations comportementales atypiques nécessitant une évaluation approfondie sur le plan psychologique. Les comportements féminins mentionnés peuvent être interprétés comme une expression de l'identité de genre ou comme le résultat de dynamiques relationnelles et environnementales spécifiques.

L'intervention du pédopsychiatre souligne également l'importance d'une approche pluridisciplinaire dans la compréhension et le soutien des enfants aux besoins complexes, intégrant à la fois les dimensions biologiques et psychologiques de leur développement.

Axe 2 : Entretien de recherche avec l'éducatrice générale

Ilyes, décrit par l'éducatrice de l'établissement comme ayant une intelligence moyenne, a passé toute sa vie en institution, ce qui a influencé son développement. Malgré cela, il parvient à s'intégrer au groupe et à s'imposer. Son retard de langage, attribuable à la rareté des contacts avec son entourage, reflète la nécessité d'une stimulation et d'un environnement propices au développement linguistique.

En ce qui concerne l'acquisition de la propreté, Ilyes démontre un manque d'autonomie, probablement en lien avec des déficits dans les apprentissages liés à l'autonomie personnelle. Son sommeil instable, marqué par des cauchemars, peut être interprété comme une manifestation de stress ou d'anxiété, nécessitant une évaluation approfondie pour comprendre les sources de ses préoccupations nocturnes.

Sur le plan relationnel, l'évolution de son comportement est significative. Initialement calme et capable de communiquer normalement, Ilyes a progressivement développé des comportements agités et des traits féminins, notamment dans son expression et ses interactions sociales. Cette transition peut être explorée à la lumière de l'identité de genre et de l'influence de son environnement social sur son expression personnelle.

Son penchant pour jouer avec ses amis et son inclination à imiter leurs comportements suggèrent une forte sensibilité à l'environnement social et une propension à l'apprentissage social par le jeu et l'observation. Ces interactions sociales ont un impact sur son développement, soulignant l'importance des relations sociales dans son épanouissement et son adaptation au sein de son environnement institutionnel.

Axe 3 : Entretien avec la psychologue

La psychologue de l'établissement des enfants assistés a fourni des informations détaillées sur le développement psychomoteur d'Ilyes, qui est légèrement retardé. Elle a noté qu'il présente des difficultés dans l'expression émotionnelle appropriée, caractérisées par un regard figé, des mouvements répétitifs, ainsi que des expressions faciales inadaptées aux situations contextuelles. Ces signes peuvent être indicatifs d'une dysrégulation émotionnelle et d'une possible rigidité comportementale.

Ilyes exprime bien ses émotions mais manifeste des comportements d'automutilation, ce qui peut suggérer des mécanismes de coping mal adaptatifs face à des stress émotionnels. Sur le plan relationnel, il montre une certaine stabilité, mais il présente également des épisodes d'irritabilité et d'agressivité. Son désir de faire ce qu'il veut reflète une possible opposition et un besoin de contrôle, souvent observés chez les enfants ayant vécu des environnements instables.

À son retour à l'établissement, Ilyes était passif, mais il a progressivement commencé à se défendre, ce qui pourrait indiquer une amélioration de ses compétences assertives. Toutefois, il continue de manifester des gestes et des comportements perçus comme féminins, probablement en raison de son développement dans un environnement principalement féminin.

Au début, Ilyes semblait réticent à participer aux activités et à s'ouvrir aux autres, mais avec le temps, il a commencé à se confier et à mieux s'exprimer, ce qui suggère qu'il commence à développer une relation de confiance avec les adultes de l'établissement. Bien que sa symptomatologie soit complexe, aucun diagnostic précis n'a encore été établi.

Axe 4 : Entretien avec l'enfant

Au cœur de l'entretien, Ilyes était très agité, montrant une hyperactivité manifeste par ses mouvements constants, son changement fréquent de place et son habitude de se regarder dans le miroir. Ce comportement pourrait être interprété comme une forme d'expression émotionnelle et comportementale, suggérant une possible dysrégulation sensorielle ou un besoin de réassurance visuelle.

Sur le plan relationnel, Ilyes entretient de bonnes relations avec ses amis, principalement ceux sur lesquels il exerce une certaine domination. Cette dynamique de domination pourrait indiquer un besoin de contrôle ou une manifestation de ses compétences sociales dans un cadre où il se sent en sécurité. En situation de stress ou de difficultés, il exprime un sentiment de tristesse, ce qui est une réponse émotionnelle adaptée.

Ilyes semble avoir une bonne estime de soi, comme en témoigne son plaisir à se regarder dans le miroir, ce qui pourrait être un signe de narcissisme infantile ou simplement une phase normale du développement de l'identité. Il a réussi à se faire de nombreux amis avec lesquels il s'entend bien, ce qui montre des compétences sociales solides et une capacité à créer des liens.

Concernant ses aspirations et sa projection dans l'avenir, Ilyes exprime clairement son désir de rester à l'établissement, déclarant : « نحس روجي مليح ناكل نشرب نرقد هذا ما كان », ce qui traduit un sentiment de confort et de sécurité dans cet environnement structuré. Cependant, il ne semble pas avoir de plans ou d'objectifs précis pour l'avenir, disant : « مزال على هداك المستقبل », « منخمش انا بزاف على المستقبل », ce qui peut indiquer une absence de projection future, potentiellement liée à une insécurité émotionnelle ou à un manque de soutien dans l'élaboration de projets de vie.

Dans l'ensemble, les observations faites lors de cet entretien révèlent une complexité dans le comportement et les émotions d'Ilyes.

Synthèse de l'entretien de recherche avec Ilyes

L'entretien avec Ilyes révèle qu'il fait preuve. Lors de notre conversation, il est apparu clairement qu'il se sentait perdu et désemparé, incapable de trouver un sens ou un objectif à sa vie il a exprimé un sentiment de vide intérieur et une absence de motivation qui l'empêchent d'envisager un avenir meilleur.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CDI :**Tableau N°20 : Résultats d'Ilyes obtenus dans l'échelle de CDI**

0 absent	1 modéré	2 sévère
13	11	3
Score total = 17 / Dépression légère		

L'interprétation et l'analyse de l'échelle de cinquième cas :

Le score total est de 17 indiquant une dépression légère. L'examen des résultats de l'échelle CDI a mis en lumière que les réponses d'Ilyes ont obtenu un score de 12 de degré 1 dans les domaines suivants : concernant l'item 9, le sujet révèle une détresse émotionnelle profonde et un sentiment d'abandon *«je pense à me tuer, mais je ne le ferai pas»*, tout en manifestant des sentiments profonds d'insécurité et de besoin d'attachement dans n° 25 *«je me demande si quelqu'un m'aime»*. De plus, et il a tendance à se sentir responsable des situations difficiles indiquant ça dans l'item n° 8 *«bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute»*.

Dans le l'item 16, Ilyes indique une insécurité et une instabilité liées à son environnement *«j'ai souvent du mal à dormir la nuit»*, tandis que le n° 22 révèle un fort besoin d'acceptation et de validation de la part de ses pairs *«j'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus»*, ce qui peut expliquer ses tendances à se battre fréquemment dans l'item n° 27 *«je me bagarre souvent»* et un sentiment de détresse exprimer par item n° 5 *«je suis souvent désagréable»*.

Trois autres éléments indiquent un sentiment négatif : l'item n° 13 *«j'ai du mal à prendre des décisions»*, le n° 19 *«je m'inquiète souvent lorsque j'ai mal quelque part»*, ce qui pourrait expliquer une inquiétude accrue, et le n° 26, qui révèle une certaine opposition *«la*

plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit», mais le sujet montre une forme de résilience en affirmant par l'item n° 24 «je peux faire aussi bien que les autres si je le veux».

Ilyes a également obtenu 3 réponses de degré 2 : l'item n° 17 suggère une forme d'épuisement *«je suis constamment fatigué»* et de détachement ou de désintérêt dans l'état n° 21 *«je ne m'amuse jamais à l'école»*, ce qui pourrait indiquer une préoccupation selon l'item n° 6 *«je suis convaincu que des choses horribles vont m'arriver».*

Synthèse de l'échelle de CDI :

Dans le cas d'Ilyes, plusieurs éléments convergent pour indiquer que le sujet présente une dépression légère, avec une moyenne de 17 sur l'échelle d'évaluation. Ces éléments incluent des symptômes émotionnels persistants, tels que la tristesse, le sentiment d'abandon, et les pensées suicidaires. De plus, le sujet montre des signes d'insécurité, un besoin non satisfait d'attachement, des difficultés à dormir, et une tendance à se sentir responsable des problèmes autour de lui.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Tableau N°21 : Résultats d'Ilyes obtenus dans l'échelle de CYRM-28

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	énormément
5	1	1	5	16

Tableau N°22 : Résultats d'Ilyes obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thèmes	Sous échelle	Items	Score	Score générale des sous-échelles	Score total de l'échelle	Interprétation du score
Thème individuel	Aptitude personnelles	2, 8, 11, 13, 21	20	48	110	Niveau moyenne de résilience
	Soutien des paires	14, 18	9			
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	16			
Thème fournisseurs de soins	Besoins physiologiques	5,7	9	27		
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	18			
Thème contexte	spirituel	9, 22, 23	11	38		
	éducation	3, 16	5			
	culturel	1, 10, 27, 28, 19	22			

Selon les réponses fournies, le score de notre recherche est de 100 pour une moyenne comprise entre 28 et 140, ce score démontre que notre sujet de recherche fait preuve de résilience.

Les réponses qu'on a obtenues varient entre pas de tout et énormément, une réponse de « *pas de tout* » correspond à un score de 5, une réponse de « *un peu* » correspond à un score de 1, une réponse de « *moyennement* » correspond à un score de 1, une réponse de « *beaucoup* » correspond à un score de 5 et une réponse de « *énormément* » correspond à un score de 16.

Les sous échelles ont obtenu des scores différents : 48 pour les items explorant le thème individuel, 27 pour les items explorant le thème fournisseurs de soins, et 38 pour les items portant sur le thème contexte.

Le score de la sous échelle relative au thème individuel est de 48 pour notre sujet, ce dernier dépasse ainsi la moyenne établie à 35. En ce qui concerne les attitudes personnelles le score obtenu est de 20, pour une moyenne de 25, pour le soutien des pairs, le score est de 9 inférieurs à la moyenne de 10, et pour les attitudes sociales, le score de 16 est inférieurs à la moyenne de 20. On remarque que notre sujet se distingue par un score global supérieur à la moyenne de sous échelle des thèmes individuels.

Cependant, on observe que cette enfant obtient un score plus élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelle suivi d'un score plus bas pour le soutien des pairs, et enfin un score plus bas dans les aptitudes sociales.

Notre sujet a obtenu un score supérieur à la moyenne dans la sous échelle du thème fournisseurs de soins, avec un score de 27 a été obtenu pour une moyenne de 24.5 ce qui prouve que Ilyes fait preuve a la résilience.

Pour les besoins physiologiques un score de 9 a été établi pour une moyenne de 10, pour les besoins psychologique un score de 18 a été établi pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score élevé dans les besoins physiologiques puis un score moins élevé dans les besoins psychologiques.

Dans la sous échelle du thème contextuelle, notre sujet a obtenu un score de 38, ce qui est légèrement supérieurs à la moyenne de 30, 36. En ce qui concerne le spirituel le sujet a obtenu un score de 11 pour une moyenne de 15. Pour l'éducation notre sujet a obtenu un score de 5, inférieur à la moyenne de 10. Enfin pour le culturel, notre sujet a obtenu un score de 12 qui est inférieur à la moyenne de 25.

D'après la partie spécifique du thème individuelle, nous observons qu'Ilyes a des compétences personnelles exceptionnelles il travaille de manière collaborative avec son entourage. Il fait beaucoup d'effort pour terminer ce qu'il a commencé, les gens l'apprécie beaucoup en sa compagnie, il n'arrive pas à résoudre ses problèmes sans se nuire à lui-même ou blesser les autres. Il est énormément conscient de ses propres atouts.

En ce qui concerne le soutien des pairs, il sent beaucoup de soutien de la part de ses amis de plus il a mentionné que ses amis sont énormément présents à ses côtés lorsqu'il a des difficultés dans les attitudes. Dans les aptitudes sociales, il montre une énorme compétence pour se comporter dans différentes situations sociales, il pense qu'il a énormément la chance de prouver aux autres qu'il est maintenant adulte et il peut agir de manière responsable, Ilyes ne

sais pas à qui s'adresser dans la situation où il a besoin d'aide, il est énormément convaincu qu'il a une chance exceptionnelle de cultiver des compétences qui lui seront bénéfique à l'avenir.

Dans la sous échelle appropriée au thème Fournisseur de soins, dans le contexte des besoins physiologiques Ilyes remarques que ces fournisseurs de soins prennent soins de lui de plus s'assurent qu'il a assez mangé quand il a faim. Revenant à la sous échelle les besoins psychologique, il pense que les fournisseurs de soins le connaissent très bien. Mais il ne communique pas beaucoup ces sentiments avec eux. Ses fournisseurs de soins sont peu présente lorsque il rencontre des difficultés. Sachant il se sent énormément en sécurité lorsqu'il est avec ses fournisseurs de soins plus il apprécie énormément les traditions et la culture de ses fournisseurs de soins.

A propos la sous échelle du contexte, concernant le spirituel, les croyances jouent un rôle primordial dans la vie d'Ilyes, bien qu'il participe énormément à des activités religieuses. Il pense que ce n'est pas de tout nécessaire d'être au service de sa communauté. Dans le contexte d'éducation il considère que l'éducation est beaucoup importante pour lui mais il ne se sent pas de tout à sa place à son école. Et pour le plan culturel, y a certaine personne qu'Ilyes admis, il éprouve une énorme fierté de son origine ethnique. et apprécie beaucoup les traditions de sa communauté, ainsi il est très fier d'être algérien.

On outre il est très bien traité et accueilli au sein de sa communauté.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Le premier sujet de recherches, Ilyes a obtenu un score de 100. Ce qui est proche à la moyenne qualifiée de 140 selon le manuel du test CYRM-28. il est évident que sa résilience se manifeste dans des différents domaines, allant du thème individuel au thème contexte.

On a observé Que Ilyes présente une résilience très élevée dans le thème individuel avec un score de 35 par rapport à la moyenne de 48. Ensuite son score est plus élevé dans le thème contexte avec un score de 38 par rapport à une moyenne de 30, 36.

Enfin dans le thème des fournisseurs de soins est légèrement inférieur avec un score de 27 par rapport à une moyenne de 24,5.

Synthèse de cas N°05 : Ilyes

Grace à notre entretien semi-directif et l'utilisation des échelles de dépression et résilience, nous avons pu obtenir des informations approfondies sur notre sujet de recherche,

Les résultats d'Ilyes sur l'échelle de dépression CDI révèlent un score global de 18, indiquant une dépression légère.

Par ailleurs, sur l'échelle de résilience CYRM-28 révèlent un score de 100, indiquant une très forte résilience. Les données rassemblées au cours de l'entretien sont compatibles avec les informations recueillies dans les deux échelles, la dépression et la résilience.

II. Discussion des hypothèses

Après avoir exposé et analysé les résultats de cinq cas, nous abordons maintenant la dernière partie de ce chapitre, où nous discuterons nos hypothèses afin de répondre aux questions soulevées par notre problématique, dans le but de confirmer ou d'infirmer nos deux hypothèses.

Notre objectif était de comprendre le vécu des enfants face à l'abandon, en termes de dépression et de résilience. Pour cela, nous nous sommes basés sur les données recueillies grâce aux trois outils de recherche que nous avons utilisés : l'entretien semi-directif de recherche, l'échelle CDI et l'échelle CYRM-28. Nous passons maintenant à la discussion des résultats obtenus de l'analyse des cas étudiés.

Hypothèse N° 1 : Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, présenteraient une dépression.

Dans notre étude, on parle de dépression à partir du score total 19 à l'échelle CDI.

A partir des résultats, on peut dire que Oui, les enfants placés à l'établissement pour enfant assistés, présentent un trouble dépressif.

Nous Avons employé l'entretien de recherche semi-directif ainsi que l'échelle de dépression CDI pour évaluer la dépression chez les enfants abandonnées, afin d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse initiale.

Tableau N° 23 : tableau récapitulatif des résultats des sujets au CDI.

Les cas	Le score global	La signification
Lina	41	Dépression sévère
Yacine	21	Dépression modéré
Salim	19	Dépression modéré
Youssef	20	Dépression modéré
Ilyes	18	Dépression légère

Le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos cas montre que Lina obtient un score de dépression élevé. Par ailleurs, Yassine, Salim, Youssef et Ilyes présentent des scores de dépression modérée par rapport à la moyenne, tandis qu'Ilyes affiche un score légèrement inférieur, indiquant une dépression légère.

Cas N°1 : Lina

Notre premier cas concerne une fille de 12 ans, placée en institution depuis sa naissance. A travers notre discussion avec elle, ainsi que l'entretien semi-directif et les données recueillies à l'aide de l'échelle CDI, nous avons constaté que Lina présente des signes de dépression liés à son abandon, d'après ce qu'elle nous a raconté. «Ur byiy ara ad qqimey dayi deg centre, sebrey sebrey maena dayen eyiy iqqar-iyi-d wul-iw ruh atenyet iman-im, maena d sseh byiy ad nyey iman-iw qqimey achal uddusan ara imawlan-iw eyiy nekkini dayyi » «Je veux pas rester ici au centre. J'ai patienté, j'ai patienté, mais c'est bon, je suis fatigué. Mon cœur me dit de me suicider. Je suis resté ici depuis longtemps, mais mes parents ne sont pas venus. Moi, je suis fatigué»

L'analyse des données issues de l'entretien semi-directif et de l'échelle CDI indique que Lina présente une dépression sévère, ce qui confirme notre hypothèse initiale.

Cas N°2 : Yacine

Yacine, âgé de 11ans, a été exclu en classe de 4eme année primaire, et en 2022 dans l'établissement pour enfants assistés. Suite à notre entretien et à l'utilisation de l'échelle de

dépression CDI, nous avons observé que le sujet présente des signes de dépression en raison de son abandon.

L'analyse des résultats de notre entretien semi-directif et de l'échelle CDI avec le cas étudié révèle un score de 21, confirmant ainsi notre hypothèse pour ce cas.

Cas N°3 : Salim

Salim, un enfant de 12 ans en cinquième année primaire, a été transféré du centre de willaya de Taraf à l'établissement de Bejaïa. Abandonné depuis sa naissance, Salim présente des signes de dépression. Selon notre entretien semi-directif et l'échelle de dépression pour enfants(CDI), il apparaît que cette dépression résulte de son abandon, ce qui a eu un impact sur ses études, d'après ses propres déclarations : « ساعات نحس روجي ماشي مليح و كي نقرا منقدرش نركز ، » « *Parfois, je me sens pas bien et j'ai dû mal à me concentrer. Les autres enfants ici me perturbent avec leur paroles, ce qui m'angoisse* »

Les résultats de l'entretien et de l'échelle CDI, avec un score 19, indiquent que notre sujet présente des signes de dépression. Cette dépression semble être la conséquence de son abandon et de son placement en établissement pour enfants assistés, par conséquent, notre hypothèse est confirmée dans ce contexte.

Cas N°4 : Youcef

Youcef âgé de 11 ans et en première année primaire, semble déprimé selon les résultats de l'entretien semi-directif et de l'échelle CDI. Nous constatons que l'établissement a un impact négatif sur sa vie.

Les résultats de l'entretien et de l'échelle CDI, avec un score de 20, démontrent que notre sujet présente des symptômes de dépression. Cette constatation vient appuyer notre hypothèse selon laquelle les enfants placés en établissement pour enfants assistés sont enclins à souffrir de troubles dépressifs, renforçant ainsi les conclusions de notre groupe de recherche. par conséquent, notre hypothèse est confirmée dans ce contexte.

Cas N°5 : Ilyes

Ilyes, un enfant de 9ans, est e, deuxième année primaire. Après avoir passé un entretien semi-directif et l'échelle CDI, il a obtenu un score de 18, révélant une légère dépression selon les résultats d'après ces dires : « نتقلق بزاف في الليل منرقدش مليح نخاف نلقى كابوس ، ساعات نخاف من الناس »

والرسومات ، و الاولاد ثاني يلقوني « Je ressens beaucoup de stress. Le soir, je dors mal et je fais des cauchemars. Parfois, j'ai peur des gens, même des dessins animés, et les enfants me stressent aussi »

Selon, les conclusions tirées de l'entretien et de l'évaluation à l'aide de l'échelle CDI, nous pouvons conclure que notre hypothèse est infirmée pour ce cas.

Hypothèse N°2 : Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, seraient résilients.

Nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif ainsi que l'échelle de résilience CYRM-28 pour évaluer la résilience des enfants face à l'abandon, dans le but d'affirmer ou d'infirmier notre deuxième hypothèse.

Dans notre étude, et suivant les recommandations des auteurs spécialisés dans l'échelle CYRM-28, on considère qu'il y a résilience si le score total est égal ou est supérieur à 106. De ce fait, la confirmation de l'hypothèse ne se fera qu'à partir de ce seuil car c'est le seuil de résilience généralement utilisé.

Tableau N° 24 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CYRM-28

Prénoms	Lina	Yacine	Salim	Youcef	Ilyes
La signification du score total	Très faible résilience	Faible résilience	Moyenne	Faible	Faible résilience

Tableau N° 25 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets aux sous-échelles de CYRM-28

		Lina	Yacine	Salim	Youcef	Ilyes
Thème individuel	Aptitude personnelle	10	17	20	16	20
	Soutien par les pairs	8	4	8	7	9
	Aptitude sociale	5	8	12	10	16
Thème fournisseur s de soin	Besoins physiologiques	5	6	10	7	9
	Besoins psychologiques	18	11	24	23	18
Thème contexte	Spirituel	8	13	14	10	11
	Education	4	10	10	5	5
	Culturel	9	19	17	22	22
Score général		67	88	115	100	110

Le tableau ci-dessus, représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos sujets, on déduit que Yacine, Youcef et Ilyes obtiennent un niveau de résilience faible, Lina a obtenus un score très faible par rapport à la moyenne, et Salim a obtenus un niveau moyen, ce qui est renforcé par des thèmes différents.

Cas N° 01 : Lina

Lina est une jeune fille de 12 ans, abandonnée dès sa naissance. Les informations recueillies lors de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle CYRM-28 révèlent que Lina a un très faible niveau de résilience.

Selon l'analyse des données obtenues lors de l'entretien et des résultats de l'échelle CYRM-28, qui s'élèvent à 67 points, il est évident que Lina présente un niveau de résilience très faible. Par conséquent, notre deuxième hypothèse est infirmée.

Cas N° 02 : Yacine

Notre deuxième cas concerne Yacine, un enfant de 11 ans, élève en quatrième année primaire, né sous X et abandonné dès sa naissance. Les informations recueillies lors de l'entretien de recherche semi-directif et l'utilisation de l'échelle de résilience CYRM-28 indiquent que Yacine n'est pas résilient.

L'analyse des résultats obtenus lors de l'entretien et de l'échelle CYRM-28, avec un score de 88 points, montre que Yacine présente un faible niveau de résilience. Par conséquent, notre hypothèse est infirmée pour ce cas.

Cas N° 03 : Salim

Salim, un jeune garçon de 12 ans, élève en cinquième année primaire, a été abandonné dès sa naissance. Les informations recueillies lors de l'entretien de recherche semi-directif et de l'échelle CYRM-28 montrent que Salim fait preuve de résilience et que son placement en établissement n'a jamais influencé sa vie de manière négative.

Avec un score de 115 points obtenu à l'échelle CYRM-28, il est évident que Salim présente un niveau de résilience moyenne. Cela confirme la fiabilité de notre hypothèse pour ce cas.

Cas N° 04 : Youcef

Youcef, un enfant de 11 ans, élève en première année primaire, a été placé par décision judiciaire. Les informations recueillies lors de l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de résilience CYRM-28 montrent que Youcef présente certains signes de résilience.

Avec un score de 100 points obtenu à l'échelle CYRM-28, nous pouvons dire que Youcef fait preuve d'une résilience faible. Ainsi, notre hypothèse est infirmée pour ce cas.

Cas N° 05 : Ilyes

Ilyes, un élève de 9 ans en deuxième année primaire, né sous X et abandonné dès la naissance. Les informations recueillies lors de l'entretien semi-directif et l'échelle CYRM-28

montrent qu'Ilyes fait preuve de résilience et que son abandon n'a pas influencé sa vie de manière négative.

Avec un score de 110 points obtenu à l'échelle CYRM-28, il est clair qu'Ilyes présente un niveau de résilience moyen. Cela confirme la fiabilité de notre hypothèse pour ce cas.

Hypothèse générale : « *La nature du vécu de l'abandon chez les enfants, en période de latence, placés à l'établissement pour enfants assistés, diffère d'un sujet à un autre. Pour certains, on trouve un mauvais vécu qui donnerait lieu à une symptomatologie dépressive (modérée ou sévère) avec une résilience moindre (très faible ou faible) pour d'autres on trouve des enfants qui tiennent le coup caractérisé ici dans notre étude par la présence d'une résilience (moyen ou de haut niveau) et une absence de dépression ou un niveau faible (légère ou mineure). »*

Nous allons, dans ce qui suit, présenter les tableaux des résultats de nos outils psychométriques utilisés, pour pouvoir discuter notre hypothèse générale grâce aux données et informations obtenues dans notre entretien de recherche semi-directif et les résultats du CDI qui mesure le niveau de dépression chez les enfants, et le CYRM-28 pour mesurer leur niveau de la résilience.

Tableau N° 26 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets du questionnaire CDI et CYRM-28

Prénoms des sujets	Score de la dépression	Niveau de la dépression	Score de la résilience	Niveau de la résilience
Lina	41	Sévère	67	Très faible
Yacine	21	Modéré	88	Très faible
Salim	19	Modéré	115	Moyen
Youcef	20	Modéré	100	Faible
Ilyes	18	Légère	113	Moyen

D'après le tableau présenté, nous constatons que trois de nos sujets de recherche (Yacine, Selim et Youcef) présentent un niveau modéré de dépression. En outre, un seul de nos sujets

(Lina) présente une dépression sévère, tandis qu'un autre (Ilyes) montre un niveau léger de dépression.

Pour l'évaluation de la résilience, nous observons que Lina et Yacine affichent un niveau très faible de résilience. Youcef présente une résilience faible, tandis que Salim et Ilyes montrent résilience de niveau moyen.

Après avoir discuté des hypothèses partielles, nous pouvons maintenant tirer des conclusions sur l'hypothèse générale.

Cas N° 01: Lina

D'après les résultats obtenus lors de notre entretien de recherche semi-directif avec Lina, nous avons pu constater plusieurs indicateurs de dépression. Ces signes incluent une tristesse persistante, des pensées suicidaires, un sentiment profond de solitude et une fatigue constante. Ces manifestations ont été confirmées par le questionnaire CDI, qui révèle que Lina présente un niveau sévère de dépression et un niveau très faible de résilience.

En conclusion, ces observations nous permettent de déduire que Lina s'inscrit dans un vécu de mauvais abandon.

Cas N° 02: Yacine

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif ainsi qu'aux questionnaires CDI et CYRM-28, il apparaît que Yacine vit une expérience difficile d'abandon en établissement. Toutefois, il démontre un niveau modéré de résilience. Cette résilience se manifeste notamment par sa capacité à résoudre ses problèmes sans se faire du mal ni blesser les autres.

Cas N° 03 : Salim

En tenant compte des informations rassemblées au cours de l'entretien de recherche semi-directif et des résultats des outils psychométriques CDI et CYRM-28, il apparaît que Salim présente une résilience moyenne. Cette résilience se manifeste par le sentiment d'être entouré par ses amis et la conscience de ses propres forces.

Ces éléments sont corroborés par le soutien qu'il reçoit de ses fournisseurs de soins à l'établissement, comme en témoigne son discours lors de l'entretien.

Cas N° 04 : Youcef

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif ainsi qu'aux questionnaires CDI et CYRM-28, il apparaît que Youcef présente des manifestations de dépression à un niveau modéré. Toutefois, il démontre également un niveau faible de résilience. Il s'agit donc d'un mauvais vécu.

Cas N° 05 : Ilyes

D'après les renseignements recueillis lors de l'entretien de recherche semi-directif, ainsi que les résultats des questionnaires CDI et CYRM-28, Ilyes présente un caractère moyennement résilient. Il n'a montré que peu d'indices pendant l'entretien, et les données du CDI indiquent un niveau faible de dépression. Il semble tenir le coup.

Synthèse des cas :

À la lumière des résultats que nous avons obtenus à partir des outils employés dans la recherche, en particulier l'entretien semi-directif, le CDI et le CYRM-28, nous pouvons établir une distinction sur la vulnérabilité et la résilience chez les enfants face à l'abandon.

Ainsi notre première hypothèse, formulée de la manière suivante : « *Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, présenteraient une dépression* », on constate chez tous nos sujets une présence marquée de symptômes dépressifs à différents degrés. Certains des participants, tels que Lina, présentent un niveau de dépression sévère, tandis que Yacine et Youcef montrent des signes de dépression modérée. Ces résultats suggèrent que leur état psychologique est significativement influencé par leur placement en institution.

Par ailleurs, pour notre deuxième hypothèse qui s'intitule « *Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, seraient résilients* » nous avons constaté qu'elle a été validée pour Salim, et Ilyes, qui montrent une résilience moyenne. À l'inverse, Lina et Yacine présentent une résilience très faible. Cependant, ces conclusions doivent être interprétées avec prudence.

D'une autre manière, ces résultats corroborent la revue de la littérature présentée dans la partie théorique de ce mémoire. En effet, le placement en établissement pour enfants assistés expose ces enfants à des conditions de vie difficiles, influençant négativement leur quotidien. Malgré cela, certains de nos sujets de recherche manifestent des signes de résilience, semblent

tenir le coup, qu'il faut optimiser et renforcer des signes nos sujets de recherche manifestent une résilience notable.

Dans ce qui suit, nous allons présenter la conclusion qui va clôturer ce présent travail de recherche.

L'abandon peut avoir des effets dévastateurs sur les enfants, plongeant nombre d'entre eux dans une profonde détresse émotionnelle. Les enfants abandonnés sont particulièrement vulnérables à la dépression, manifestant des signes de tristesse persistante, de perte d'intérêt, et de troubles émotionnels. Toutefois, il existe des enfants qui, malgré ces expériences traumatisantes, développent une résilience remarquable. Ces enfants résilients, grâce à des facteurs de soutien tels que des relations stables, des compétences d'adaptation et un environnement sécurisant, parviennent à surmonter leurs difficultés et à prospérer. Ainsi, bien que l'abandon puisse mener à la dépression chez certains enfants, d'autres peuvent démontrer une capacité exceptionnelle à rebondir et à trouver des moyens positifs de gérer leur situation.

Dans notre recherche intitulée « *Vulnérabilité et résilience chez l'enfant en période de latence face à l'abandon* », réalisée au sein d'un établissement pour enfants assistés dans la wilaya de Bejaia, nous avons étudié cinq cas d'enfants en période de latence âgés de 8 à 12 ans. Nous avons tenté de déterminer la nature du vécu psychologique de ces enfants face à l'abandon, en nous basant sur deux indicateurs cliniques : la dépression et la résilience.

Pour atteindre notre objectif de recherche, qui consistait à explorer et décrire la nature du vécu des enfants abandonnés, ainsi qu'à vérifier nos hypothèses concernant les indicateurs détenus, nous avons adopté une approche descriptive basée sur la méthode clinique. Cette méthode repose sur une étude approfondie et détaillée des sujets, en utilisant trois outils de recherche : l'entretien de recherche semi-directif, l'échelle CDI et le CYRM-28. L'utilisation de ces outils d'investigation nous a permis de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses initiales et d'obtenir une compréhension approfondie du vécu des enfants face à l'abandon.

D'après les résultats de notre recherche obtenus à l'échelle CDI, nous avons constaté que notre première hypothèse « *les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, présenteraient une dépression.* » a été confirmée pour la majorité des participants, tels que Yacine, Salim et Youcef, ont présenté un niveau de dépression modéré. En revanche, Lina a obtenu un niveau sévère, et infirmé pour Ilyes qui a obtenu un niveau léger.

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse formulée comme suit : « *Les enfants placés à l'établissement pour enfants assistés, composant notre groupe de recherche, seraient résilients* » est confirmée pour Salim, et Ilyes qui ont obtenu un score acceptable par rapport à

la norme de 140 indiquée selon le manuel du CYRM-28. Nous avons également infirmé cette hypothèse pour Lina, Yacine et Youcef, qui ont obtenu un score faible par rapport à cette norme.

Ainsi, notre hypothèse générale intitulée *«La nature du vécu de l'abandon chez les enfants, en période de latence, placés à l'établissement pour enfants assistés, diffère d'un sujet à un autre. Pour certains, on trouve un mauvais vécu qui donnerait lieu à une symptomatologie dépressive (modérée ou sévère) avec une résilience moindre (très faible ou faible) pour d'autres on trouve des enfants qui tiennent le coup caractérisé ici dans notre étude par la présence d'une résilience (moyen ou de haut niveau) et une absence de dépression ou un niveau faible (légère). »* Est affirmée pour Lina, Yacine, et Youcef qui ont un mauvais vécu exprimé par une symptomatologie dépressif explicite et une faible résilience. Elle est affirmée pour Ilyes et Salim qui semblent tenir le coup.

Dès lors, nous avons constaté que l'abandon de l'enfant peut engendrer chez certains une souffrance et un vécu psychologique difficile, souvent exprimés par la dépression. D'autres parviennent toutefois à tenir le coup.

Cependant, il faut souligner que l'ensemble des résultats montre la nécessité d'un accompagnement pour ce type de population et une réparation de ces sujets abimés. L'enfant qui a vécu l'abandon et le placement en établissement ne devient pas résilient seul. Il a besoin de réconfort et d'un environnement sécurisant et protecteur, fourni par ses aidants, notamment par une personne capable de lui procurer cela. À ce propos, notre société algérienne se tourne vers ce qu'on appelle « Alkafala », qui joue un rôle très important pour l'enfant en favorisant son développement après avoir été fragilisé par l'abandon.

Ainsi, au niveau extrafamilial, l'enfant abandonné a besoin de retrouver du soutien social dans son milieu de vie et de pouvoir évoluer au sein d'un groupe social qui possède des représentations sociales favorisant le processus de résilience. Il est également crucial de fournir des psychologues dans les écoles afin de comprendre leur vécu, les aider à développer des attitudes et comportements favorisant leur épanouissement personnel et réussite scolaire, et les soutenir dans la résolution des problèmes socio-affectifs et intellectuels qu'ils peuvent rencontrer.

De plus, pour une meilleure compréhension de l'enfant face à l'abandon, il est crucial d'adopter une approche holistique et interdisciplinaire. Les études longitudinales et les recherches utilisant des méthodes qualitatives et quantitatives peuvent offrir des insights

précieux sur les effets à long terme de l'abandon. La formation des professionnels et la sensibilisation du public sont essentielles pour reconnaître les signes de détresse et offrir un soutien adéquat. Des interventions précoces, comme la thérapie et les programmes de soutien scolaire, peuvent aider à atténuer les effets négatifs de l'abandon. La création de réseaux de soutien, incluant le mentorat et les groupes de soutien par les pairs, ainsi que la priorité donnée à la stabilité dans les placements familiaux, sont des éléments clés pour favoriser un environnement sécurisant. En parallèle, des politiques de protection de l'enfance et des initiatives communautaires peuvent renforcer les efforts pour offrir un soutien compréhensif et intégré aux enfants abandonnés, les aidant ainsi à surmonter leurs défis et à développer leur résilience et l'optimiser.

Pour conclure, cette étude réalisée a permis de mettre en évidence le vécu des enfants face à l'abandon. Ce travail a ouvert la voie à de futures recherches sur cette population, qui a attiré l'attention de peu de chercheurs jusqu'à présent mais qui mérite d'être étudiée et mise en valeur. C'est pourquoi nous encourageons les étudiants et les chercheurs à explorer ce sujet sous différents angles. Voici les thèmes que nous pensons nécessaires à explorer à l'avenir :

- Optimisation de la résilience chez les enfants abandonnés ;
- Le devenir psychologique des enfants abandonnés.

LISTE DES RÉFÉRENCES

Références en langue française :

(FFP) fédération française de psychiatrie. (1995). Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir. Luxembourg

Alami, S., Desjeux, D., & Garabuaou-Moussaoui, I. (2013). Les méthodes qualitatives. PUF.

Amy, G., Piola, M. (2005). Psychologie clinique et psychopathologie. (2^e éd). Paris, Bréal.

Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. Recherche en soins infirmiers, 82(3), 4-11. Doi: 10.3917/rsi.082.0004.

Anaut, M. (2008). La résilience : Surmonter les traumatismes. (2^e éd). Armand Colin

Anaut, M. (2015). La résilience évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. Recherche en soins infirmiers, 121(2), pp.28-39

Anaut, M. (2015). Psychologie de la résilience. (3^e éd.). Armand Colin

Anaut, M. (2020). Chapitre 27. L'approche de la résilience : un carrefour épistémologique. Dans : Johann Jung éd., Psychopathologie et psychologie clinique: Perspectives contemporaines (pp. 335-345). Dunod.

Anaut, M., & Cyrulnik, B. (2014). Résilience. De la recherche à la pratique : 1^{er} congrès mondial sur la résilience. Odile Jacob.

Ansen-Zeder, E. (2010). Altérité traumatique, adaptation, résilience, frère ou Sœur d'une personne en situation d'handicap mentale (Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur psychologie). France

Barfety-Servignat, V. (2021). Chapitre 6. L'étude de cas. Dans : Antoine Bioy éd., Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie (pp. 95-113). Dunod. <https://doi-org.snd11.arn.dz/10.3917/dunod.casti.2021.01.0095>

Baudier, A., & Céleste, B. (2004). Le développement affectif et social du jeune enfant. Nathan Université.

Bénony, H. (2005). Le développement de l'enfant et ses psychopathologies. Paris : Armand

Bénony, H., & Chahraoui, K. (2013). L'entretien clinique. Dunod.

- Berrouayel, N & Delladj, D. (2022). La Convention Internationale des droits de l'enfant et la Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant : textes antinomiques ou complémentaires. Pages 743-751 <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/187378>
- Berrououayel, N & Dellaj, D. (2022). La convention des droits de l'enfant et la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant : textes antinomique ou complémentaires. P 783-751 <http://asjp.cerist.dz/en/article/187378>.
- Blackburn, M & cottraux, j. (2008). Psychothérapie cognitives de la dépression. Elsevier MASSON.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. (2e éd.). Armand Colin.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin.
- Bouteyre, E. (2004). Réussite et résilience scolaire chez l'enfant de migrants. Dunod.
- Bouvet, C. (2015). 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique. Dunod.
- Bouvet, C. (2015). 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique. (2é éd. Paris) : DUNOD.
- Briffault et Xavier et al (2007), « La dépression en savoir plus pour en sortir », édition Inpes, p:23.§ !§§
- Câlin, D. (2007) de l'enfance muette à l'enfance déniée dans enfances & psy, 3(36), 136-144
- Caroline, G et all. (2012). La dépression. Éclipse d'éros ou triomphe de thanatos
- Chahraoui, Kh., Bénony, H. (2003). Méthodes, évaluation et recherches En psychologie clinique. Paris : Dunod.
- Chahraoui. Kh., Benony. H. (1999). L'entretien clinique. Paris, Dunod.
- Changnom, j. (2009). la période de latence. Dans F. Marty (dir). les grandes problématiques de la psychologie clinique. (27-45). Dunod.
- Chich, S & François, j. (2020). Dépression. Le mot de la psychologie.

- Chiche,S & Marmion,j. (2020).les mot pour comprendre la psychologie. Science humaine.
- Chiland, C. (2013). Introduction. Qu'est-ce qu'un entretien clinique. Dans C. Chiland (dir.), L'entretien clinique (pp.1-24). PUF
- Chouvier, B., & Attigui, P. (2016). L'entretien clinique. (2e éd). Armand colin.
- Christina et al (1999), « La dépression : Guide a l'intention des personnes déprimées et leur famille », canada, Camh, p : 316.
- Clara,A. Depression, cause conséquences et traitements.
- Coutanceau, R., Smith, J., & Lemitre, S. (2012). Trauma et résilience : Victimes et auteurs. Dunod.
- Cyrulnik, B. (2010). Entre résilience et résonance à l'écoute des émotions. Paris : FABERT
- Daniel, B (2020). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. DOIN
- De Becker, E. (2003). Dépression de l'enfant et prescription d'antidépresseur. Psychothérapie, 3(23) ,169-176.www.crain.info via cerest.
- De Broca, A. (2017). Le développement de l'enfant, du normal aux principaux troubles du développement. (6e éd). Elsevier Masson.
- De Broca. (2017).le développement de l'enfant du normal aux principaux troubles du développement. ELSEVIER MASSON.
- Demont, E. (2009). La psychologie. Editions Sciences Humaines.
- Denis, P. (2004). La Pathologie à la période de latence, dans le nouveau traité de psychiatrie l'enfant et de l'adolescent. Quadrige: Presses Universitaires de France
- Denis, P. (2011). De l'âge de bête. PUF
- Denis. P. (2001) L'excitation à la période de latence. Entre refoulement et répression. Quadrige Presses Universitaires de France
- Diane E. Papalia & Gabriela Martorell. (2018). Psychologie du développement de l'enfant.
- Diane,E. Papalia & Martorell,G. (2018). Psychologie du développement de l'enfant. Doi 10.3917/ rsi.213.0028.

Doi: 10.3917/rsi.121.0028

Egler,P &Baleyte,J.(2010). Dépression de l'enfant. La voisier.

Ermissee, G. (2004). La déontologie, l'éthique et les obligations légales et réglementaires des archivistes français. Persée. Consulté le (20Avril 2021) sur https://www.persee.fr/doc/gazar_0016-5522_2004num_196-1_3729.

Fernandez, L. (2012). La méthode clinique. (pp.1-9). Deug.<https://fr.slideshare.net/MOMOMEMO/la-methode-clinique>

Fernandez, L., & Pedinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers, N° 84(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>

Fernandez, L., & Pedinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers, N° 84(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>

Ferrare, P & Bonnet, O. (2012).traité européen de psychiatrie et de la psychopathologie. LAVOISIER

Flore, C. (2015). Comprendre la protection de l'enfance l'enfant en danger face au droit. Dunod

Fondacci, C. (2009). Les dépressions. Springer

François, D. (2010). Les droits de l'enfant. Introduction qu'est-ce que les droits de l'enfant ? Cairn.fr.

Françoise, D. (2010). Les droits de l'enfant. [Introduction : Qu'est-ce que les droits de l'enfant ? | Cairn.info](https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028)

Gallet, F. & Karray, A. (2018). Le devenir des adolescents victimes de harcèlement scolaire: Clinique d'une reconstruction post-traumatique et post-victimisation à l'âge adulte. Psychothérapies, 38, 27-38. <https://doiorg.snd11.arn.dz/10.3917/psys.181.0027>

Gaspin-corriere,F.(2001). Des enfants abandonnés :

Golfe, B. (2008). Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Elsevier MASSON.

Goudemand, M. (2010).les états dépressifs.la voisier.

Goûterez, M. (2005).dictionnaire infirmière de psychiatrie. MASSON.

- Gueniche, k. (2020). Psychopathologie de l'enfant. (5e éd). Armand colin.
- Haesevoets, Y. (2008). traumatismes de l'enfance et de l'adolescence, un regard sur la souffrance psychique. De boeck.
- Hamel, N. (2011). Procédure et normes scientifiques de l'élaboration de questionnaire d'enquête. Cas des mémoires de magister de FLE. Université Mohamed Kheider, Biskra. <http://thesis.univ-biskra.dz/755/1/m%C3%A9moire%20de%20magister%20PDF.pdf>
- Hazen, C. (2012). Législation, éthique et déontologie. Elsevier
- Hesselnberg, M. (2001). Psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Etudiant du secteur social. Paris : Vuibert
- Hesselnberg, M. (2001). Psychologie de l'enfant et de l'adolescent. Étudiant du secteur social. Paris: Vuibert.
- Holzer, L. (2014). psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. De boeck.
- Ionesco, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2011). Évaluation de la résilience. Dans S. Ionesco (dir.), Traité de résilience assistée (pp. 61-135). Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2012). Origine et évolution du concept de résilience. Dans B. Cyrulnik & G. Jorland (dir.), Résilience connaissances de base (pp.19-32). Odile Jacob.
- Ionescu, S. (2016). Introduction. Dans S. Ionescu (dir.), Résilience ressemblance dans la diversité (pp. 15-30). Odile Jacob.
- Ionescu, S. (2016). Introduction. Dans S. Ionescu (dir.), Résilience ressemblance dans la diversité (pp. 15-30). Odile Jacob.
- Ionescu, S. et al. (2016). La résilience dans le domaine de l'éducation. Dans S. Ionescu (dir.), Résilience ressemblances dans la diversité (pp.138-171). Odile Jacob.
- Jean Louis Pedinielli, Bernoussi Amel. (2005). « Les états dépressif », Armand Colin. P23. 26 Bartha
- Kédia, M., & Sabouraud-Seguin, A. (2020). L'aide-mémoire de psychotraumatique : En 49 notions (3e éd.). Dunod.
- Keller, p. (2016). La dépression. Que suis je. puf

- Kellon, F. (2017).l'enfance abandonnés en Algérie. *Revue familiale et société*, 5(1), 2-25
- Kimessoukie-Omolomo, E. (2016). Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez les femmes Camerounaises confrontées à une forte adversité [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières].
- Koninckx, G. & Teneau, G. (2010). Chapitre 1. La résilience : un nouveau concept. Dans : G. Koninckx & G. Teneau (Dir), *Résilience organisationnelle: Rebondir face aux turbulences* (pp. 20-59). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Koninckx, G., & Teneau, G. (2010). Résilience organisationnelle : Rebondir face aux turbulences. De Boeck Supérieur. <http://doi.org/10.3917/dbu.konin.2010.01>
- Lemay,M. (2015.2016) « Les conséquences de l’abandon sur le développement psychosocial de l’enfant et dans les relations personnelles et sociales », https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_25/25-12-lemay.pdf
- Lemay,M. (2015-2016), les conséquences de l’abandon sur le développement psychosocial de l’enfant, pdf
- Lett, D. (2019).la perception de l'enfance dans l'antiquité et au moyen âgée. Dans *après-demain*, 1(49), 5-6.
- Liebenberg, L., Joubert, N., & Foucault, M.-L. (2017). Comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience. *Revue exhaustive de la littérature*. Centre pour la promotion Agence de la santé publique.
- Louis,j & Bernoussi,B.(2005). Les états dépressifs. Armand Colin
- Manciaux, M. (2001). La résilience : Un regard qui fait vivre. *Etudes*, 2001(10), 321-330. <http://doi.org/10.3917/etu.954.0321>
- Marcelli, D. (2003). Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence, *psychologie clinique et projectif*, 1(9), 29-58. www.cairn.info.(edition Arbisio)
- Marty, F. (2013). La méthode du cas. Dans S. Ionescu & A. Blanchet. (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp. 53-75). PUF.

- Michallet, B. (2009). Résilience : perspectives historiques, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22 (1-2), 10-18. <https://doi.org/10.7202/045021ar>
- Mimouni, moutasim. (2001).aspect juridiques et institutionnels. Questions d'enfance.www.carin.info via cerist. (06/04/2024). IP:193.194.76.5
- Mimouni, moutasim. (2008).les enfants privés de famille en algérie. *Insaniyat*, pp. 67-81.
- Moutassem, M. (2001).naissance et abandon en Algérie, Kartala. Mis en ligne sur cairn.info le 09/11/2016
- Moutassem-Mimoun,B .(2001). Naissance et abandond en Algerie, khartala. Mis en ligne sur Cairn.info le 09/11/2016
- Nobert,S.(2003). Dépression. Dictionnaire de psychologie
- Norbert,S.(2003).Dictionnaire de psychologie. La Rousse, édition Montreal (qubec).
- Paillé, P., & Mucchelli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.
- Palazzolo,j. (2007). Dépression et anxiété. Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Elsevier MASSON
- PALAZZOLO. J, Dépression et anxiété, Ed Masson, 2007.
- Papalia, D & Martorell, G. (2019). *Psychologie de développement de l'enfant*. Chenelière Édition.
- Papalia, D., & Martorell, G. (2015). *Psychologie du développement de l'enfant*. (9e éd). Chenelière Education
- Paplia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Psychologie du développement humain*. Bruxelles, De Boeck.
- Paul, O. (2004). *Introduction à la psychologie de l'enfant*. De boek.
- Pedinielli, J.-L., & Fantini, L. (2009). *Ethique en psychologie clinique*. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp.381-396). PUF.

- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2015). L'observation clinique et l'étude de cas. (3e éd). Armand colin.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2020). L'observation clinique et l'étude de cas. (4e éd). Armand Colin.
- Pedinielli, J.-L., & Rouvier, S. (2000). Ethique en clinique psychologique, l'éthique entre épistémologie et consensus. Bulletin de psychologie, 53 (445), 41-46. <https://pascalfrancis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecorddddDetail&idt=1329310>.
- Pedinilli,J & Bernoussi,A .(2005). Les états dépressifs. Armand Colin.
- Peretti, C. (2013). Comprendre et soigner la dépression. ELSEVIER MASSON.
- Psiuk, T. (2005). La résilience, un atout pour la qualité des soins. Dans recherche en soins infirmiers 82 pp.12-21
- Quevauvilliers. (2009). Dépression. Dictionnaire médical avec atlas anatomiques.
- Rollet, C. (2007).les enfants abandonnés d'une histoire institutionnel aux trajectoires individuelles. Annales de démographie historiques. 2(114),7-12.WWW.cairn.info via cerist. IP:193.194.76.5
- Sarron, M & Docteur, A. (2021). Apprendre à soigner les dépressions, avec les thérapies comportementales et cognitives. DUNOD
- Sauvayre, R. (2013). Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Dunod.
- Schauder, S. (2012). Introduction. Dans S. Schauder (dir.), L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques (pp.1-10). Dunod
- Talbi,H.(2009). Le manuel de résident pédopsychiatrie. Tsunami.
- Ticket, S. (2013). Comment se débarrasser de l'anxiété et de la dépression. Quotidien malin
- Tisseron, S. (2014). Préface -Résilience comment s'y retrouver. PUF
- Tourrette, C. (2014). Evaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement. Dunod.
- Tourrette, C. Guidetti. (2018).introduction à la psychologie de développement. DUNOD.

Tourrette,C., Guidetti, M. (2018). Introduction à la psychologie : Du bébé à l'adolescent. Paris : ARMAND COLIN

Varescon, I. (2013). Différence entre éthique et déontologie. Le cas de la recherche. In O. Bourguignon (dir), Ethique et pratique psychologique (pp.63-76). Paris : Primento.

Verdier, P (2009).de l'intérêt de l'enfant aux droits de l'enfant. Dans enfance et psy, 2(43), 85-92.

Zaouche-Gaudron, C. (2002). Le développement social de l'enfant, du bébé à l'enfant d'âge scolaire. Dunod

Zaouche-Gaudron, C. (2002). Le développement social de l'enfant, du bébé à l'enfant d'âge scolaire. DUNOD.

Annexes

Annexe N° 01 : Guide d'entretien clinique semi directif

Axe N° 01 : entretien de recherche avec l'infirmière

- 1- Pouvez-vous nous parler sur le développement biologique de cet enfant depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 2- Est-ce que cet enfant souffre de problème de santé depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 3- Pouvez-vous nous parler sur les différentes maladies somatiques que cet enfant a pu présenter depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 4- Avez-vous quelques choses à rajouter sur cet enfant et sur sa santé ?

Axe N° 02 : entretien de recherche avec l'éducatrice principale

- 1- Pouvez- vous nous parler du placement en institutions de cet enfant (quand et comment ce placement est fait) ?
- 2- Pouvez-vous décrire le développement de cet enfant depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 3- Est-ce que cet enfant a des difficultés à s'endormir, est-il effrayé par des cauchemars ou des terreurs nocturnes ?
- 4- Pouvez-vous nous parler du côté relationnel de cet enfant depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 5- Pouvez-vous nous parler du comportement de cet enfant depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 6- Pouvez-vous nous rapporter des informations sur sa scolarité et ses résultats ?
- 7- Avez-vous quelque chose d'autre à rajouter concernant cet enfant, qui vous semble importantes, et qu'on n'a pas abordé avec vous ?

Axe N° 03 : entretien de recherche avec la psychologue

- 1- Pouvez-vous décrire le développement de cet enfant depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 2- Pouvez-vous nous parler de la santé psychique de cet enfant depuis son placement jusqu'au jour d'aujourd'hui ?
- 3- Pouvez-vous nous dire si cet enfant a déjà développé une souffrance psychologique ou un trouble mental ? Si oui lesquelles ?

- 4- Pouvez-vous nous décrire sa relation avec vous et les autres membres du centre ? Avez-vous remarqué des changements de ses relations avec vous, les membres de centre ?
- 5- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez nous rajouter à propos de cet enfant ?

Axe N° 04 : entretien de recherche avec l'enfant

- 1- Comment t'appelles-tu ?
- 2- Quel âge as-tu ?
- 3- Dans quelle classe es-tu ?
- 4- Peux-tu me parler sur ta relation avec les enfants et les éducatrices au centre ?
- 5- Est-ce que tu as des amis ?
- 6- Aimes-tu aller à l'école ? Pourquoi ?
- 7- Comment ça se passe pour tes camarades à l'école ? et avec la maitresse ?
- 8- Est-ce que tu manges bien ?
- 9- Est-ce que tu dors bien ?
- 10- Est-ce que tu te sens seul ?
- 11- Comment réagis-tu face aux situations difficiles ou stressantes ?
- 12- Éprouves-tu de problèmes de concentrations ?
- 13- Quelle sont tes projets pour demain ?
- 14- Quelle sont tes rêves ou tes aspirations pour l'avenir ?
- 15- Quelle sont tes plus grandes peurs ou inquiétudes ?
- 16- As-tu quelques choses à nous rajouté ? Veux-tu nous dire quelque chose d'important pour toi ?

INVENTAIRE DE CDI CHEZ L'ENFANT

A faire remplir par l'enfant UNIQUEMENT

Merci de répondre à toutes les questions

Instructions : Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé, aux cours des deux dernières semaines. Quand tu auras choisi la phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscris une croix comme ceci X à côté de la réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie. Voici un exemple de ce qui t'est demandé. Il faut inscrire une croix à côté de la phrase qui te décrit le mieux. Exemple :

- ☒ Je lis des livres tout le temps
☐ Je lis des livres de temps en temps
☐ Je ne lis jamais de livres

Souviens-toi, choisis la phrase qui décrit tes sentiments et tes idées au cours des deux dernières semaines.

1. ☐ Je suis triste de temps en temps
☐ Je suis triste très souvent
☐ Je suis triste tout le temps
2. ☐ Rien ne marchera jamais bien pour moi
☐ Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi
☐ Tout marchera bien pour moi
3. ☐ Je réussis presque tout ce que je fais
☐ Je rate beaucoup de choses
☐ Je rate tout
4. ☐ Des tas de choses m'amuse
☐ Peu de choses m'amuse
☐ Rien ne m'amuse
5. ☐ Je suis désagréable tout le temps
☐ Je suis souvent désagréable
☐ Je suis désagréable de temps en temps

6. ☐ De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver
 ☐ J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent
 ☐ Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver
7. ☐ Je me déteste
 ☐ Je ne m'aime pas
 ☐ Je m'aime bien
8. ☐ Tout ce qui ne va pas est de ma faute
 ☐ Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute
 ☐ Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute
9. ☐ Je ne pense pas à me tuer
 ☐ Je pense à me tuer, mais je ne le ferai pas
 ☐ Je veux me tuer
10. ☐ J'ai envie de pleurer tous les jours
 ☐ J'ai souvent envie de pleurer
 ☐ J'ai envie de pleurer de temps en temps
11. ☐ Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse
 ☐ Il y a souvent quelque chose qui me tracasse
 ☐ Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse
12. ☐ J'aime bien être avec les autres
 ☐ Souvent, je n'aime pas être avec les autres
 ☐ Je ne veux jamais être avec les autres
13. ☐ Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses
 ☐ J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses
 ☐ Je me décide facilement entre plusieurs choses

14. ☐ Je me trouve bien physiquement
☐ Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique
☐ Je me trouve laid(e)
15. ☐ Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs
☐ Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs
☐ Cela ne me pose pas de problème de faire mes devoirs
16. ☐ J'ai toujours du mal à dormir la nuit
☐ J'ai souvent du mal à dormir la nuit
☐ Je dors plutôt bien
17. ☐ Je suis fatigué de temps en temps
☐ Je suis souvent fatigué
☐ Je suis tout le temps fatigué
18. ☐ La plupart du temps, je n'ai pas envie de manger
☐ Souvent, je n'ai pas envie de manger
☐ J'ai plutôt bon appétit
19. ☐ Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
☐ Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
☐ Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part
20. ☐ Je ne me sens pas seul
☐ Je me sens souvent seul
☐ Je me sens toujours seul
21. ☐ Je ne m'amuse jamais à l'école
☐ Je m'amuse rarement à l'école
☐ Je m'amuse souvent à l'école
22. ☐ J'ai beaucoup d'amis
☐ J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus

☐ Je n'ai aucun ami

23. ☐ Mes résultats scolaires sont bons

☐ Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant

☐ J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir

24. ☐ Je ne fais jamais aussi bien que les autres

☐ Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux

☐ Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres

25. ☐ Personne ne m'aime vraiment

☐ Je me demande si quelqu'un m'aime

☐ Je suis sûr que quelqu'un m'aime

26. ☐ Je fais généralement ce qu'on me dit

☐ La plupart du temps, je ne fais pas ce qu'on me dit

☐ Je ne fais jamais ce qu'on me dit

27. ☐ Je m'entends bien avec les autres

☐ Je me bagarre souvent

☐ Je me bagarre tout le temps

As-tu répondu à toutes les questions ?

annexe N°03: echelle de CDI traduit en arabe

مقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI)

الاسم:

العمر:

الجنس:

التعليمات:

قد يحدث ان يكون للأطفال نفس المشاعر والأفكار. يزود هذا الاستبيان بقائمة تضم مجموعة من المشاعر، اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الأمثل لحالتك في الأسبوعين الفارطين.

بعد اختيارك لجملة من المجموعة الأولى، تنتقل إلى المجموعة التالية .

لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الاحسن لحالتك في الأونة الأخيرة. بجوار إجابتك في الخانة المقابلة للجملة التي اخترتها سجل علامة X مثل هذه

إليك مثال على ما طلب منك محاولة. اكتب علامة X: بجوار الجملة التي تصفك بشكل أفضل، مثال

أقرأ الكتب طوال الوقت

أقرأ الكتب من وقت لآخر

لا أقرأ الكتب إطلاقا

البنود	
1	أنا حزين من حين لآخر أنا حزين في غالب الأحيان أنا حزين دائما .
2	يتعذر نجاح أي شيء بالنسبة لي لست متأكدا (ه) بأن كل شيء سيكون ناجحا كل شيء بالنسبة لي سيكون على احسن ما يرام
3	انجح تقريبا في كل شيء أقوم به أخفق في كثير من الأشياء أخفق في كل شيء
4	تستهويني العديد من الأشياء قلما تستهويني الأشياء لا يعد يستهويني أي شيء
5	أنا غير لطيف في غالب الأحيان غالبا ما أكون غير لطيف لا أكون لطيفا من الفينة لأخرى
6	من وقت لآخر أعتقد ان أشياء غير سارة ستحدث لي أخشى ان تحدث لي أشياء غير سارة أنا متأكد من أن أشياء فظيعة ستحدث لي

7	أكره نفسي لا أحب نفسي أحب نفسي
8	كل أمر سيئ يحدث بسببي في معظم الأحيان ما هو سيئ يحدث بسببي عموما، ما هو سيئ لا يحدث بسببي
9	لا أفكر في قتل نفسي أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك أريد أن أقتل نفسي
10	أرغب في البكاء كل يوم غالبا ما أرغب في البكاء أرغب في البكاء طوال الوقت
11	هناك دائما شيء يزعجني هناك في كثير من الأحيان شيء يزعجني هناك من وقت لآخر، شيء يزعجني
12	أحب أن أكون مع الآخرين في كثير من الأحيان لا أحب أن أكون مع الآخرين لا أريد أبدا أن أكون الآخرين
13	لا أستطيع أن أقرر بين عدة أشياء لدي صعوبة في اتخاذ القرار بين عدة أشياء أقرر بسهولة بين عدة أشياء
14	أعتقد أن جسدي جيد (جذاب) هناك أشياء لا أحبها في جسدي أعتقد أنني قبيح (ة)
15	يجب أن أجبر نفسي طوال الوقت لأقوم بفروضي المنزلية يجب أن أجبر نفسي في كثير من الأحيان لأقوم بفروضي المنزلية ليس لدي أي مشكل في القيام بفروضي المنزلية
16	دائما ما أجد صعوبة في النوم ليلا غالبا ما أجد صعوبة في النوم ليلا أنام جيدا
17	أنا أتعب من وقت لآخر أنا غالبا متعب (ة) أنا متعب (ة) طوال الوقت
18	معظم الوقت ليس، لدي رغبة في الأكل في كثير من الأحيان، ليس لدي رغبة في الأكل لدي شهية جيدة

19	لا أشعر بالقلق عندما أحس بالآلم في مكان ما غالباً ما أشعر بالقلق عندما أحس بالآلم في مكان ما أشعر دائماً بالقلق عندما أحس بالآلم في مكان ما
20	لا أشعر بالوحدة أشعر بالوحدة في كثير من الأحيان أشعر دائماً بالوحدة
21	لا أستمع أبداً في المدرسة نادراً ما أستمع في المدرسة غالباً ما أستمع في المدرسة
22	لدي الكثير من الأصدقاء لدي بعض الأصدقاء ولكن أريد أن يكون لدي أكثر ليس لدي أي صديق
23	نتائج الدراسة جيدة نتائج الدراسة جيدة كما كانت من قبل لدي نتائج سيئة في المواد التي اعتدت النجاح فيها
24	لا أتصرف أبداً بشكل جيد مقارنة بالآخرين يمكنني أن أفعل مثل الآخرين إذا أردت ذلك لا أفعل، لا أحسن ولا أسوء من الآخرين
25	لا أحد يحبني حقاً أشعر أن أحد يحبني أنا متأكد(ة) من أن شخصاً ما يحبني
26	أفعل عادة ما يقال لي في معظم الوقت لا أفعل ما يقال لي أنا لا أفعل أبداً ما يقال لي
27	أفهم جيداً مع الآخرين أشعر في كثير من الأحيان أشعر دائماً

annexe n°04: résultat de l'échelle de CDI de Islam

مقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI)

الاسم: **إسلام**
العمر: **8 سنوات**
الجنس: **ذكر**
التعليمات:

قد يحدث أن يكون للأطفال نفس المشاعر والأفكار. يزود هذا الاستبيان بقائمة تضم مجموعة من المشاعر، اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الأمثل لحالتك في الأسبوعين الفارطين.

بعد اختيارك لجملة من المجموعة الأولى، تنتقل إلى المجموعة التالية.

لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الاحسن لحالتك في الآونة الأخيرة. بجوار إجابتك في الخانة المقابلة للجملة التي اخترتها سجل علامة X مثل هذه

إليك مثال على ما طلب منك محاولة. أكتب علامة X: بجوار الجملة التي تصفك بشكل أفضل، مثال

أقرأ الكتب طوال الوقت

أقرأ الكتب من وقت الآخر X

لا أقرأ الكتب إطلاقا

البند	
1	أنا حزين من حين لآخر أنا حزين في غالب الأحيان أنا حزين دائما X
2	يتعذر نجاح أي شيء بالنسبة لي لست متأكدا (ه) بأن كل شيء سيكون ناجحا كل شيء بالنسبة لي سيكون على أحسن ما يرام X
3	انجح تقريبا في كل شيء أقوم به X أخفق في كثير من الأشياء أخفق في كل شيء
4	تستهويني العديد من الأشياء X قلما تستهويني الأشياء لا يعد يستهويني أي شيء
5	أنا غير لطيف في غالب الأحيان غالبا ما أكون غير لطيف X لا أكون لطيفا من الفينة لآخر
6	من وقت لآخر أعتقد أن أشياء غير سارة ستحدث لي أخشى أن تحدث لي أشياء غير سارة أنا متأكد من أن أشياء فظيعة ستحدث لي X

7	أكره نفسي لا أحب نفسي ☒ أحب نفسي
8	كل أمر سيئ يحدث بسببي في معظم الأحيان ما هو سيئ يحدث بسببي عموماً ما هو سيئ لا يحدث بسببي ☒
9	لا أفكر في قتل نفسي ☒ أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك أريد أن أقتل نفسي
10	أرغب في البكاء كل يوم غالباً ما أرغب في البكاء ☒ أرغب في البكاء طوال الوقت
11	هناك دائماً شيء يزعجني هناك في كثير من الأحيان شيء يزعجني هناك من وقت لآخر شيء يزعجني ☒
12	أحب أن أكون مع الآخرين في كثير من الأحيان لا أحب أن أكون مع الآخرين لا أريد أبداً أن أكون الآخرين ☒
13	لا أستطيع أن أقرر بين عدة أشياء لدي صعوبة في اتخاذ القرار بين عدة أشياء ☒ أقرر بسهولة بين عدة أشياء
14	أعتقد أن جسدي جيد (جذاب) ☒ هناك أشياء لا أحبها في جسدي أعتقد أنني قبيح (ة)
15	يجب أن أجبر نفسي طوال الوقت لأقوم بفروضي المنزلية ☒ يجب أن أجبر نفسي في كثير من الأحيان لأقوم بفروضي المنزلية ليس لدي أي مشكل في القيام بفروضي المنزلية
16	دائماً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً ☒ غالباً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً أنام جيداً
17	أنا أتعب من وقت لآخر ☒ أنا غالباً متعب (ة) أنا متعب (ة) طوال الوقت
18	معظم الوقت ليس لدي رغبة في الأكل في كثير من الأحيان، ليس لدي رغبة في الأكل لدي شهية جيدة ☒

19	لا أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما غالباً ما أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما أشعر دائماً بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما X
20	لا أشعر بالوحدة أشعر بالوحدة في كثير من الأحيان أشعر دائماً بالوحدة X
21	لا استمتع أبداً في المدرسة نادراً ما استمتع في المدرسة غالباً ما استمتع في المدرسة X
22	لدي الكثير من الأصدقاء X لدي بعض الأصدقاء ولكن أريد أن يكون لدي أكثر ليس لدي أي صديق
23	نتائج الدراسة جيدة نتائج الدراسة جيدة كما كانت من قبل X لدي نتائج سيئة في المواد التي اعتدت النجاح فيها
24	لا أتصرف أبداً بشكل جيد مقارنة بالآخرين يمكنني أن أفعل مثل الآخرين إذا أردت ذلك X لا أفعل، لا أحسن ولا أسوء من الآخرين
25	لا أحد يحبني حقاً أتساءل إذ كان أحد يحبني أنا متأكد(ة) من أن شخصاً ما يحبني X
26	أفعل عادة ما يقال لي في معظم الوقت لا أفعل ما يقال لي أنا لا أفعل أبداً ما يقال لي X
27	أفهم جيداً مع الآخرين أتشاجر في كثير من الأحيان أتشاجر دائماً X

annexe n°05 : résultat de l'échelle de CDI de Lina

مقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI)

الاسم: **لينة**

العمر: **42 سنة**

الجنس: **أنثى**

التعليمات:

قد يحدث أن يكون للأطفال نفس المشاعر والأفكار. يزود هذا الاستبيان بقائمة تضم مجموعة من المشاعر، اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الأمثل لحالتك في الأسبوعين الفارطين.

بعد اختيارك لجملة من المجموعة الأولى، تنتقل إلى المجموعة التالية.

لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الاحسن لحالتك في الأونة الأخيرة. بجوار إجابتك في الخانة المقابلة للجملة التي اخترتها سجل علامة X مثل هذه

إليك مثال على ما طلب منك محاولة. أكتب علامة X: بجوار الجملة التي تصفك بشكل أفضل، مثال

أقرأ الكتب طوال الوقت

أقرأ الكتب من وقت لآخر

لا أقرأ الكتب إطلاقاً X

البند	
1	أنا حزين من حين لآخر أنا حزين في غالب الأحيان أنا حزين دائما X
2	يتعذر نجاح أي شيء بالنسبة لي لست متأكدا (ه) بأن كل شيء سيكون ناجحا X كل شيء بالنسبة لي سيكون على أحسن ما يرام
3	انجح تقريبا في كل شيء أقوم به X أخفق في كثير من الأشياء أخفق في كل شيء
4	تستهويني العديد من الأشياء قلما تستهويني الأشياء لا يعد يستهويني أي شيء X
5	أنا غير لطيف في غالب الأحيان غالبا ما أكون غير لطيف لا أكون لطيفا من الفينة لأخرى X
6	من وقت لآخر أعتقد أن أشياء غير سارة ستحدث لي أخشى أن تحدث لي أشياء غير سارة أنا متأكد من أن أشياء فظيعة ستحدث لي X

7	أكره نفسي ☒ لا أحب نفسي أحب نفسي
8	كل أمر سيئ يحدث بمبني ☒ في معظم الأحيان ما هو سيئ يحدث بمبني عموما، ما هو سيئ لا يحدث بمبني
9	لا أفكر في قتل نفسي أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك ☒ أريد أن أقتل نفسي
10	أرغب في البكاء كل يوم غالبا ما أرغب في البكاء أرغب في البكاء طوال الوقت ☒
11	هناك دائما شيء يزعجني ☒ هناك في كثير من الأحيان شيء يزعجني هناك من وقت لآخر، شيء يزعجني
12	أحب أن أكون مع الآخرين في كثير من الأحيان لا أحب أن أكون مع الآخرين لا أريد أبدا أن أكون الآخرين ☒
13	لا أستطيع أن أقرر بين عدة أشياء لدي صعوبة في اتخاذ القرار بين عدة أشياء ☒ أقرر بسهولة بين عدة أشياء
14	أعتقد أن جسدي جيد (جذاب) هناك أشياء لا أحبها في جسدي أعتقد أنني قبيح (ة) ☒
15	يجب أن أجبر نفسي طوال الوقت لأقوم بغروزي المنزلية يجب أن أجبر نفسي في كثير من الأحيان لأقوم بغروزي المنزلية ليس لدي أي مشكل في القيام بغروزي المنزلية ☒
16	دائما ما أجد صعوبة في النوم ليلا غالبا ما أجد صعوبة في النوم ليلا أنام جيدا ☒
17	أنا أتعب من وقت لآخر أنا غالبا متعب (ة) أنا متعب (ة) طوال الوقت ☒
18	معظم الوقت ليس، لدي رغبة في الأكل ☒ في كثير من الأحيان، ليس لدي رغبة في الأكل لدي شهية جيدة

19	لا أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما غالبًا ما أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما أشعر دائمًا بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما X
20	لا أشعر بالوحدة أشعر بالوحدة في كثير من الأحيان أشعر دائمًا بالوحدة X
21	لا أستمتع أبدًا في المدرسة X نادرًا ما أستمتع في المدرسة غالبًا ما أستمتع في المدرسة
22	لدي الكثير من الأصدقاء لدي بعض الأصدقاء ولكن أريد أن يكون لدي أكثر ليس لدي أي صديق X
23	نتائج الدراسة جيدة نتائج الدراسة جيدة كما كانت من قبل لدي نتائج سيئة في المواد التي اعتدت النجاح فيها X
24	لا أتصرف أبدًا بشكل جيد مقارنة بالآخرين X يمكنني أن أفعل مثل الآخرين إذا أردت ذلك لا أفعل، لا أحسن ولا أسوء من الآخرين
25	لا أحد يحبني حقًا X اتساءل إذ كان أحد يحبني أنا متأكد (ة) من أن شخص ما يحبني
26	أفعل عادة ما يقال لي في معظم الوقت لا أفعل ما يقال لي أنا لا أفعل أبدًا ما يقال لي X
27	أتفهم جيدًا مع الآخرين أتشاجر في كثير من الأحيان X أتشاجر دائمًا

annexe n° 06: résultat de l'échelle de CDI de yacine

مقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI)

الاسم: ياسين

العمر: 14 سنة

الجنس: ذكر

التعليمات:

قد يحدث ان يكون للأطفال نفس المشاعر والأفكار. يزود هذا الاستبيان بقائمة تضم مجموعة من المشاعر، اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الأمثل لحالتك في الأمسوعين الفارطين.

بعد اختيارك لجملة من المجموعة الأولى، سنتنقل إلى المجموعة التالية .

لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الاحسن لحالتك في الأونة الأخيرة. بجوار إجابتك في الخانة المقابلة للجملة التي اخترتها سجل علامة X مثل هذه

إليك مثال على ما طلب منك محاولة. أكتب علامة X: بجوار الجملة التي تصفك بشكل أفضل، مثال

أقرأ الكتب طوال الوقت

أقرأ الكتب من وقت الأخر X

لا أقرأ الكتب إطلاقا

البند	
1	أنا حزين من حين لآخر أنا حزين في غالب الأحيان X أنا حزين دائما .
2	يتعذر نجاح أي شيء بالنسبة لي لست متأكدا (ه) بأن كل شيء سيكون ناجحا كل شيء بالنسبة لي سيكون على أحسن ما يرام X
3	انجح تقريبا في كل شيء أقوم به X أخفق في كثير من الأشياء أخفق في كل شيء
4	تستهويني العديد من الأشياء قلما تستهويني الأشياء X لا يعد يستهويني أي شيء
5	أنا غير لطيف في غالب الأحيان غالبا ما أكون غير لطيف X لا أكون لطيفا من الفينة لأخرى
6	من وقت لآخر اعتقد ان أشياء غير سارة ستحدث لي أخشى أن تحدث لي أشياء غير سارة X أنا متأكد من أن أشياء فظيعة ستحدث لي

7	أكره نفسي لا أحب نفسي أحب نفسي X
8	كل أمر سيئ يحدث بسببي في معظم الأحيان ما هو سيئ يحدث بسببي X عموماً ما هو سيئ لا يحدث بسببي
9	لا أفكر في قتل نفسي X أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك أريد أن أقتل نفسي
10	أرغب في البكاء كل يوم غالباً ما أرغب في البكاء X أرغب في البكاء طوال الوقت
11	هناك دائماً شيء يزعجني هناك في كثير من الأحيان شيء يزعجني X هناك من وقت لآخر شيء يزعجني
12	أحب أن أكون مع الآخرين في كثير من الأحيان لا أحب أن أكون مع الآخرين X لا أريد أبداً أن أكون الآخرين
13	لا أستطيع أن أقرر بين عدة أشياء لدي صعوبة في اتخاذ القرار بين عدة أشياء X أقرر بسهولة بين عدة أشياء
14	أعتقد أن جسدي جيد (جذاب) X هناك أشياء لا أحبها في جسدي أعتقد أنني قبيح (ة)
15	يجب أن أجبر نفسي طوال الوقت لأقوم بفروضي المنزلية يجب أن أجبر نفسي في كثير من الأحيان لأقوم بفروضي المنزلية X ليس لدي أي مشكل في القيام بفروضي المنزلية
16	دائماً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً X غالباً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً أنام جيداً
17	أنا أتعب من وقت لآخر X أنا غالباً متعب (ة) أنا متعب (ة) طوال الوقت
18	معظم الوقت ليس لدي رغبة في الأكل X في كثير من الأحيان، ليس لدي رغبة في الأكل لدي شهية جيدة

19	لا أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما غالبًا ما أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما X أشعر دائمًا بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما
20	لا أشعر بالوحدة أشعر بالوحدة في كثير من الأحيان X أشعر دائمًا بالوحدة
21	لا استمتع أبدًا في المدرسة نادرًا ما استمتع في المدرسة X غالبًا ما استمتع في المدرسة
22	لدي الكثير من الأصدقاء X لدي بعض الأصدقاء ولكن أريد أن يكون لدي أكثر ليس لدي أي صديق
23	نتائج الدراسة جيدة نتائج الدراسة جيدة كما كانت من قبل لدي نتائج سيئة في المواد التي اعتدت النجاح فيها X
24	لا أتصرف أبدًا بشكل جيد مقارنة بالآخرين يمكنني أن أفعل مثل الآخرين إذا أردت ذلك لا أفعل، لا أحسن ولا أسوء من الآخرين X
25	لا أحد يحبني حقًا أتساءل إذ كان أحد يحبني X أنا متأكد(ة) من أن شخص ما يحبني
26	أفعل عادة ما يقال لي X في معظم الوقت لا أفعل ما يقال لي أنا لا أفعل أبدًا ما يقال لي
27	أتفاهم جيدًا مع الآخرين X أنتشاجر في كثير من الأحيان أنتشاجر دائمًا

annexe n°07: résultat de l'échelle de CDI de Salim

مقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI)

الاسم: **سليم**
 العمر: **12 سنة**
 الجنس: **ذكر**
 التعليمات:

قد يحدث ان يكون للأطفال نفس المشاعر والأفكار. يزود هذا الاستبيان بقائمة تضم مجموعة من المشاعر، اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الأمثل لحالتك في الأسبوعين الفارطين.

بعد اختيارك لجملة من المجموعة الأولى، تنتقل إلى المجموعة التالية .

لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الاحسن لحالتك في الأونة الأخيرة. بجوار إجابتك في الخانة المقابلة للجملة التي اخترتها سجل علامة X مثل هذه

إليك مثال على ما طلب منك محاولة اكتب علامة X: بجوار الجملة التي تصفك بشكل أفضل، مثال

أقرأ الكتب طوال الوقت X

أقرأ الكتب من وقت لآخر

لا أقرأ الكتب إطلاقا

البنود	
1	أنا حزين من حين لآخر أنا حزين في غالب الأحيان X أنا حزين دائما
2	يتعذر نجاح أي شيء بالنسبة لي لست متأكدا (ه) بأن كل شيء سيكون ناجحا كل شيء بالنسبة لي سيكون على احسن ما يرام X
3	أنجح تقريبا في كل شيء أقوم به X أخفق في كثير من الأشياء أخفق في كل شيء
4	تستهويني العديد من الأشياء X قلما تستهويني الأشياء لا يعد يستهويني أي شيء
5	أنا غير لطيف في غالب الأحيان غالبا ما أكون غير لطيف X لا أكون لطيفا من الفينة لأخرى
6	من وقت لآخر اعتقد ان أشياء غير سارة ستحدث لي أخشى أن تحدث لي أشياء غير سارة أنا متأكد من أن أشياء فظيعة ستحدث لي X

7	أكره نفسي لا أحب نفسي أحب نفسي ☒
8	كل أمر سيئ يحدث بسببي ☒ في معظم الأحيان ما هو سيئ يحدث بسببي صوماء ما هو سيئ لا يحدث بسببي
9	لا أفكر في قتل نفسي ☒ أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك أريد أن أقتل نفسي
10	أرغب في البكاء كل يوم غالباً ما أرغب في البكاء أرغب في البكاء طوال الوقت ☒
11	هناك دائماً شيء يزعجني ☒ هناك في كثير من الأحيان شيء يزعجني هناك من وقت لآخر، شيء يزعجني
12	أحب أن أكون مع الآخرين ☒ في كثير من الأحيان لا أحب أن أكون مع الآخرين لا أريد أبداً أن أكون الآخرين
13	لا أستطيع أن أقرر بين عدة أشياء لدي صعوبة في اتخاذ القرار بين عدة أشياء أقرر بسهولة بين عدة أشياء ☒
14	أعتقد أن جسدي جيد (جذاب) ☒ هناك أشياء لا أحبها في جسدي أعتقد أنني قبيح (ة)
15	يجب أن أجبر نفسي طوال الوقت لأقوم بغروزي المنزلية ☒ يجب أن أجبر نفسي في كثير من الأحيان لأقوم بغروزي المنزلية ليس لدي أي مشكل في القيام بغروزي المنزلية
16	دائماً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً غالباً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً أنا جيداً ☒
17	أنا أتعب من وقت لآخر ☒ أنا غالباً متعب (ة) أنا متعب (ة) طوال الوقت
18	معظم الوقت ليس، لدي رغبة في الأكل في كثير من الأحيان، ليس لدي رغبة في الأكل لدي شهية جيدة ☒

19	لا أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما غالبًا ما أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما أشعر دائمًا بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما ☒
20	لا أشعر بالوحدة أشعر بالوحدة في كثير من الأحيان أشعر دائمًا بالوحدة ☒
21	لا أستمتع أبدًا في المدرسة نادرًا ما أستمتع في المدرسة ☒ غالبًا ما أستمتع في المدرسة
22	لدي الكثير من الأصدقاء لدي بعض الأصدقاء ولكن أريد أن يكون لدي أكثر ☒ ليس لدي أي صديق
23	نتائج الدراسة جيدة نتائج الدراسة جيدة كما كانت من قبل ☒ لدي نتائج سيئة في المواد التي اعتدت النجاح فيها
24	لا أتصرف أبدًا بشكل جيد مقارنة بالآخرين يمكنني أن أفعل مثل الآخرين إذا أردت ذلك لا أفعل، لا أحسن ولا أسوء من الآخرين ☒
25	لا أحد يحبني حقًا أتساءل إذ كان أحد يحبني أنا متأكد(ة) من أن شخص ما يحبني ☒
26	أفعل عادة ما يقال لي ☒ في معظم الوقت لا أفعل ما يقال لي أنا لا أفعل أبدًا ما يقال لي
27	أتفهم جيدًا مع الآخرين ☒ أنتشاجر في كثير من الأحيان أنتشاجر دائمًا

annexe N°08: résultat de l'échelle de CDI de Youcef

مقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI)

الاسم: يوسف
العمر: 11 سنة
الجنس: ذكر
التعليمات:

قد يحدث أن يكون للأطفال نفس المشاعر والأفكار. يزود هذا الاستبيان بقائمة تضم مجموعة من المشاعر، اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الأمثل لحالتك في الأسبوعين الفارطين.

بعد اختيارك لجملة من المجموعة الأولى، تنتقل إلى المجموعة التالية.

لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الاحسن لحالتك في الأونة الأخيرة. بجوار إجابتك في الخانة المقابلة للجملة التي اخترتها سجل علامة X مثل هذه

إليك مثال على ما طلب منك محاولة، أكتب علامة X: بجوار الجملة التي تصفك بشكل أفضل، مثال

أقرأ الكتب طوال الوقت

أقرأ الكتب من وقت لآخر

لا أقرأ الكتب إطلاقا

البنود	
1	أنا حزين من حين لآخر أنا حزين في غالب الأحيان أنا حزين دائما X
2	يتعذر نجاح أي شيء بالنسبة لي لست متأكدا (ه) بأن كل شيء سيكون ناجحا كل شيء بالنسبة لي سيكون على أحسن ما يرام X
3	انجح تقريبا في كل شيء أقوم به أخفق في كثير من الأشياء X أخفق في كل شيء
4	تستهويني العديد من الأشياء X قلما تستهويني الأشياء لا يعد يستهويني أي شيء
5	أنا غير لطيف في غالب الأحيان غالبا ما أكون غير لطيف X لا أكون لطيفا من الفينة لأخرى
6	من وقت لآخر أعتقد أن أشياء غير سارة ستحدث لي أخشى أن تحدث لي أشياء غير سارة X أنا متأكد من أن أشياء فظيعة ستحدث لي

7	أكره نفسي لا أحب نفسي أحب نفسي X
8	كل أمر سيئ يحدث بسببي في معظم الأحيان ما هو سيئ يحدث بسببي عموماً ما هو سيئ لا يحدث بسببي X
9	لا أفكر في قتل نفسي X أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك أريد أن أقتل نفسي
10	أرغب في البكاء كل يوم غالباً ما أرغب في البكاء أرغب في البكاء طوال الوقت X
11	هناك دائماً شيء يزعجني هناك في كثير من الأحيان شيء يزعجني هناك من وقت لآخر، شيء يزعجني X
12	أحب أن أكون مع الآخرين X في كثير من الأحيان لا أحب أن أكون مع الآخرين لا أريد أبداً أن أكون الآخرين
13	لا أستطيع أن أقرر بين عدة أشياء X لدي صعوبة في اتخاذ القرار بين عدة أشياء أقرر بسهولة بين عدة أشياء
14	أعتقد أن جسدي جيد (جذاب) X هناك أشياء لا أحبها في جسدي أعتقد أنني قبيح (ة)
15	يجب أن أجبر نفسي طوال الوقت لأقوم بـفروضي المنزلية X يجب أن أجبر نفسي في كثير من الأحيان لأقوم بـفروضي المنزلية ليس لدي أي مشكل في القيام بـفروضي المنزلية
16	دائماً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً X غالباً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً أنام جيداً
17	أنا أتعب من وقت لآخر أنا غالباً متعب (ة) أنا متعب (ة) طوال الوقت X
18	معظم الوقت ليس لدي رغبة في الأكل في كثير من الأحيان، ليس لدي رغبة في الأكل لدي شهية جيدة X

19	لا أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما غالباً ما أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما أشعر دائماً بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما ☒
20	لا أشعر بالوحدة ☒ أشعر بالوحدة في كثير من الأحيان أشعر دائماً بالوحدة
21	لا استمتع أبداً في المدرسة نادراً ما استمتع في المدرسة غالباً ما استمتع في المدرسة ☒
22	لدي الكثير من الأصدقاء لدي بعض الأصدقاء ولكن أريد أن يكون لدي أكثر ☒ ليس لدي أي صديق
23	نتائج الدراسة جيدة نتائج الدراسة جيدة كما كانت من قبل لدي نتائج سيئة في المواد التي اعتدت النجاح فيها ☒
24	لا أتصرف أبداً بشكل جيد مقارنة بالآخرين يمكنني أن أفعل مثل الآخرين إذا أردت ذلك لا أفعل، لا أحسن ولا أسوء من الآخرين ☒
25	لا أحد يحبني حقاً أتساءل إذا كان أحد يحبني ☒ أنا متأكد(ة) من أن شخص ما يحبني
26	أفعل عادة ما يقال لي ☒ في معظم الوقت لا أفعل ما يقال لي أنا لا أفعل أبداً ما يقال لي
27	أتفهم جيداً مع الآخرين أنتشاجر في كثير من الأحيان ☒ أنتشاجر دائماً

annexe N°09: résultat de l'échelle de CDI d'Ilyes

مقياس الاكتئاب عند الأطفال (CDI)

الاسم: **إلياس**
العمر: **9 سنوات**
الجنس: **ذكر**
التعليمات:

قد يحدث أن يكون للأطفال نفس المشاعر والأفكار. يزود هذا الاستبيان بقائمة تضم مجموعة من المشاعر، اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الأمثل لحالتك في الأسبوعين الفارطين.

بعد اختيارك لجملة من المجموعة الأولى، تنتقل إلى المجموعة التالية.

لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة اختر فقط الجملة التي تقدم الوصف الاحسن لحالتك في الأونة الأخيرة. بجوار إجابتك في الخانة المقابلة للجملة التي اخترتها سجل علامة X مثل هذه

إليك مثال على ما طلب منك محاولة، أكتب علامة X: بجوار الجملة التي تصفك بشكل أفضل، مثال

أقرأ الكتب طوال الوقت

أقرأ الكتب من وقت الأخر

لا أقرأ الكتب إطلاقا X

البنود	
1	أنا حزين من حين لآخر X أنا حزين في غالب الأحيان أنا حزين دائما
2	يتعذر نجاح أي شيء بالنسبة لي لست متأكدا (ة) بأن كل شيء سيكون ناجحا كل شيء بالنسبة لي سيكون على أحسن ما يرام X
3	انجح تقريبا في كل شيء أقوم به X أخفق في كثير من الأشياء أخفق في كل شيء
4	تستهويني العديد من الأشياء X قلما تستهويني الأشياء لا يعد يستهويني أي شيء
5	أنا غير لطيف في غالب الأحيان غالبا ما أكون غير لطيف X لا أكون لطيفا من الفينة لأخرى
6	من وقت لآخر أعتقد أن أشياء غير سارة ستحدث لي أخشى أن تحدث لي أشياء غير سارة أنا متأكد من أن أشياء فظيعة ستحدث لي X

7	أكره نفسي لا أحب نفسي أحب نفسي X
8	كل أمر سيئ يحدث بسببي في معظم الأحيان ما هو سيئ يحدث بسببي X صموماً، ما هو سيئ لا يحدث بسببي
9	لا أفكر في قتل نفسي أفكر في قتل نفسي لكنني لن أفعل ذلك X أريد أن أقتل نفسي
10	أرغب في البكاء كل يوم غالباً ما أرغب في البكاء X أرغب في البكاء طوال الوقت
11	هناك دائماً شيء يزعجني هناك في كثير من الأحيان شيء يزعجني هناك من وقت لآخر، شيء يزعجني X
12	أحب أن أكون مع الآخرين X في كثير من الأحيان لا أحب أن أكون مع الآخرين لا أريد أبداً أن أكون الآخرين
13	لا أستطيع أن أقرر بين عدة أشياء لدي صعوبة في اتخاذ القرار بين عدة أشياء X أقرر بسهولة بين عدة أشياء
14	أعتقد أن جسدي جيد (جذاب) X هناك أشياء لا أحبها في جسدي أعتقد أنني قبيح (ة)
15	يجب أن أجبر نفسي طوال الوقت لأقوم بفروضي المنزلية يجب أن أجبر نفسي في كثير من الأحيان لأقوم بفروضي المنزلية ليس لدي أي مشكل في القيام بفروضي المنزلية X
16	دائماً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً غالباً ما أجد صعوبة في النوم ليلاً X أنام جيداً
17	أنا أتعب من وقت لآخر أنا غالباً متعب (ة) أنا متعب (ة) طوال الوقت X
18	معظم الوقت ليس، لدي رغبة في الأكل في كثير من الأحيان، ليس لدي رغبة في الأكل لدي شهية جيدة X

19	لا أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما غالبًا ما أشعر بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما ☒ أشعر دائمًا بالقلق عندما أحس بالألم في مكان ما
20	لا أشعر بالوحدة ☒ أشعر بالوحدة في كثير من الأحيان أشعر دائمًا بالوحدة
21	لا استمتع أبدا في المدرسة ☒ نادرا ما استمتع في المدرسة غالبًا ما استمتع في المدرسة
22	لدي الكثير من الأصدقاء لدي بعض الأصدقاء ولكن أريد أن يكون لدي أكثر ☒ ليس لدي أي صديق
23	نتائج الدراسة جيدة ☒ نتائج الدراسة جيدة كما كانت من قبل لدي نتائج سيئة في المواد التي اعتدت النجاح فيها
24	لا أتصرف أبدا بشكل جيد مقارنة بالآخرين يمكنني أن أفعل مثل الآخرين إذا أردت ذلك ☒ لا أفعل، لا أحسن ولا أسوء من الآخرين
25	لا أحد يحبني حقًا أشعائل إذا كان أحد يحبني ☒ أنا متأكد(ة) من أن شخص ما يحبني
26	أفعل عادة ما يقال لي في معظم الوقت لا أفعل ما يقال لي ☒ أنا لا أفعل أبدا ما يقال لي
27	أفهم جيدا مع الآخرين أنتساجر في كثير من الأحيان ☒ أنتساجر دائما

Annexe N° 10 : Echelle de CYRM-28 :

NOM : **PRENOM :**

AGE : **SEXE :** **CLASSE :**

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

annexe n°11: Echelle de CYRM-28 traduit en Arab

قياس مرونة الشباب و الأطفال (CYRM-28)

الاسم:

العمر:

الجنس:

التعليمية:

إلى أي حد تمتلك الجمل التالية؟ ضع دائرة حول إجابة واحدة لكل جملة

أبدا	قليل	وسط	أكثر من الوسط	كثير	
1	2	3	4	5	أعرف أشخاص أعتبرهم قدوة لي
1	2	3	4	5	أنا أتعاون مع الناس حول
1	2	3	4	5	التعليم شيء مهم بالنسبة لي
1	2	3	4	5	أنا أعرف كيف أتصرف بالمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل الأعراس والعزائم
1	2	3	4	5	أهلي يهتمون بي
1	2	3	4	5	أهلي يعرفوا كثير عني
1	2	3	4	5	عندما أكون جائع، يكون في طعام كفاية
1	2	3	4	5	أنا أحاول أن أنهي الشيء الذي أبدأه
1	2	3	4	5	الدين والإيمان مصدر قوة بالنسبة إلي
1	2	3	4	5	أنا فخور بأصولي
1	2	3	4	5	الناس يحبوا أن يقضوا وقت معي
1	2	3	4	5	أنا أحدث عائلتي عن مشاعري
1	2	3	4	5	أنا أستطيع أن أحل المشاكل بدون ما أجا للعدوانية أو استخدام العنف
1	2	3	4	5	أنا أشعر أنني مدعوم من أصحابي
1	2	3	4	5	أنا أعرف أين أذهب من أجل طلب المساعدة
1	2	3	4	5	أنا أشعر أنني أنتمي لمدرستي
1	2	3	4	5	عائلتي تقف معي بالأوقات الصعبة
1	2	3	4	5	صحابي يوقفون معي بالأوقات الصعبة
1	2	3	4	5	أنا أشعر أن مجتمعي يعاملني بعدل
1	2	3	4	5	عندي مجال أثبت للناس أنني أصبحت كبير وأتحمل المسؤولية
1	2	3	4	5	أنا أدرك نقاط قوتي
1	2	3	4	5	أنا أشارك بالنشاطات الدينية العامة (مثل صلاة الجماعة، حضور التجمعات الدينية، حصص الدين)
1	2	3	4	5	أنا أراي أنه من المهم أن أخدم مجتمعي
1	2	3	4	5	أنا أشعر بالأمان عندما أكون مع عائلتي
1	2	3	4	5	عندي فرص لتطوير مهارات مفيدة وتحسين نفسي للمستقبل
1	2	3	4	5	أنا أستمتع بالمشاركة بعادات وتقاليد عائلتي
1	2	3	4	5	أنا أستمتع بالمشاركة بعادات وتقاليد المجتمع الذي أعيش فيه حاليا
1	2	3	4	5	أنا فخور أنني جزائري

annexe n°12: résultat de l'échelle de CDI de CYRM-28

قياس مرونة الشباب و الأطفال (CYRM-28)

الاسم: اسلام
العمر: 8 سنوات
الجنس: ذكر
التعليمية:

إلى أي حد تمتلك الجمل التالية؟ ضع دائرة حول إجابة واحدة لكل جملة

أبدا	قليل	وسط	أكثر من الوسط	كثير	
1	2	3	4	5	أعرف أشخاص أعتبرهم قنوة لي
1	2	3	4	5	أنا أتعاون مع الناس حول
1	2	3	4	5	التعليم شيء مهم بالنسبة لي
1	2	3	4	5	أنا أعرف كيف أتصرف بالمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل الأعراس والعزائم
1	2	3	4	5	أهلي يهتمون بي
1	2	3	4	5	أهلي يعرفوا كثير عني
1	2	3	4	5	عندما أكون جائع، يكون في طعام كفاية
1	2	3	4	5	أنا أحاول أن أنهى الشيء الذي أبدأه
1	2	3	4	5	الدين والإيمان مصدر قوة بالنسبة إلي
1	2	3	4	5	أنا فخور بأصولي
1	2	3	4	5	الناس يحبوا أن يقضوا وقت معي
1	2	3	4	5	أنا أحدث عائلتي عن مشاعري
1	2	3	4	5	أنا أستطيع أن أحل المشاكل بدون ما ألجأ للعوانية أو استخدام العنف
1	2	3	4	5	أنا أشعر أنني مدعوم من أصحابي
1	2	3	4	5	أنا أعرف أين أذهب من أجل طلب المساعدة
1	2	3	4	5	أنا أشعر أنني أنتمي لمدرستي
1	2	3	4	5	عائلتي تقف معي بالأوقات الصعبة
1	2	3	4	5	أصحابي يوقفوا معي بالأوقات الصعبة
1	2	3	4	5	أنا أشعر أن مجتمعي يعاملني بعدل
1	2	3	4	5	عندي مجال أثبت للناس أنني أصبحت كبير وأتحمل المسؤولية
1	2	3	4	5	أنا أدرك نقاط قوتي
1	2	3	4	5	أنا أشارك بالأنشطة الدينية العامة (مثل صلاة الجماعة، حضور التجمعات الدينية، حصص الدين)
1	2	3	4	5	أنا أراي أنه من المهم أن أخدم مجتمعي
1	2	3	4	5	أنا أشعر بالأمان عندما أكون مع عائلتي
1	2	3	4	5	عندي فرص لتطوير مهارات مفيدة ولتحسين نفسي للمستقبل
1	2	3	4	5	أنا أسنمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد عائلتي
1	2	3	4	5	أنا أسنمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد المجتمع الذي أعيش فيه حاليا
1	2	3	4	5	أنا فخور أنني جزائري

annexe N°13: résultat de l'échelle de CYRM-28 de lina

قياس مرونة الشباب و الأطفال (CYRM-28)

الاسم: لينة

العمر: 12 سنة

الجنس: أنثى

التعليمية:

إلى أي حد تمتلك الحمل التالية؟ ضع دائرة حول إجابة واحدة لكل جملة

كثير	أكثر من الوسط	وسط	قليل	أبدا	
5	4	3	2	1	أعرف أشخاص اعتبرهم قدوة لي
5	4	3	2	1	أنا أتعاون مع الناس حول
5	4	3	2	1	التعليم شيء مهم بالنسبة لي
5	4	3	2	1	أنا أعرف كيف أتصرف بالمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل الأعراس والعزائم
5	4	3	2	1	أهلي يهتمون بي
5	4	3	2	1	أهلي يعرفوا كثير عني
5	4	3	2	1	عندما أكون جائع، يكون في طعام كفاية
5	4	3	2	1	أنا أحاول أن أنهي الشيء الذي أبدأه
5	4	3	2	1	الدين والإيمان مصدر قوة بالنسبة إلي
5	4	3	2	1	أنا فخور بأصولي
5	4	3	2	1	الناس يحبوا أن يقضوا وقت معي
5	4	3	2	1	أنا أحدث عائلتي عن مشاعري
5	4	3	2	1	أنا أستطيع أن أحل المشاكل بدون ما ألبأ للعدوانية أو استخدام العنف
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني مدعوم من أصحابي
5	4	3	2	1	أنا أعرف أين أذهب من أجل طلب المساعدة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني أنتمي لمدرستي
5	4	3	2	1	عائلتي تقف معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	صديقي يوقفون معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أن مجتمعي يعاملني بعدل
5	4	3	2	1	عندي مجال أثبت للناس أنني أصبحت كبير وأتحمل المسؤولية
5	4	3	2	1	أنا أدرك نقاط قوتي
5	4	3	2	1	أنا أشارك بالنشاطات الدينية العامة (مثل صلاة الجماعة، حضور التجمعات الدينية، حصص الدين)
5	4	3	2	1	أنا براى انه من المهم ان اخدم مجتمعي
5	4	3	2	1	أنا أشعر بالأمان عندما أكون مع عائلتي
5	4	3	2	1	عندي فرص لتطوير مهارات مفيدة وتحسين نفسي للمستقبل
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعادات وتقاليد عائلتي
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعادات وتقاليد المجتمع الذي أعيش فيه حاليا
5	4	3	2	1	أنا فخور أنني جزائري

annexe N°14: résultat de l'échelle de CYRM-28 de yacine

قياس مرونة الشباب و الأطفال (CYRM-28)

الاسم: ياسين

العمر: 11 سنة

الجنس: ذكوري

التعليمية:

إلى أي حد تمتلك الجمل التالية؟ ضع دائرة حول إجابة واحدة لكل جملة

كثير	أكثر من الوسط	وسط	قليل	أبدا	
5	4	3	2	1	أعرف أشخاص أعتبرهم قدوة لي
5	4	3	2	1	أنا أتعاون مع الناس حول
5	4	3	2	1	التعليم شيء مهم بالنسبة لي
5	4	3	2	1	أنا أعرف كيف أتصرف بالمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل الأعراس والعزائم
5	4	3	2	1	أهلي يهتمون بي
5	4	3	2	1	أهلي يعرفوا كثير عني
5	4	3	2	1	عندما أكون جائع، يكون في طعام كفاية
5	4	3	2	1	أنا أحاول أن أنهى الشيء الذي أبدأه
5	4	3	2	1	الدين والإيمان مصدر قوة بالنسبة إلي
5	4	3	2	1	أنا فخور بأصولي
5	4	3	2	1	الناس يحبوا أن يقضوا وقت معي
5	4	3	2	1	أنا أحدث عائلتي عن مشاعري
5	4	3	2	1	أنا أستطيع أن أحل المشاكل بدون ما ألجأ للعنف أو استخدام العنف
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني مدعوم من أصحابي
5	4	3	2	1	أنا أعرف أين أذهب من أجل طلب المساعدة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني أنتمي لمدرستي
5	4	3	2	1	عائلتي تقف معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	أصحابي يوقفوا معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أن مجتمعي يعاملني بعدل
5	4	3	2	1	عندي مجال أثبت للناس أنني أصبحت كبير وأتحمل المسؤولية
5	4	3	2	1	أنا أدرك نقاط قوتي
5	4	3	2	1	أنا أشارك بالأنشطة الدينية العامة (مثل صلاة الجماعة، حضور التجمعات الدينية، حصص الدين)
5	4	3	2	1	أنا أراي أنه من المهم أن أخدم مجتمعي
5	4	3	2	1	أنا أشعر بالأمان عندما أكون مع عائلتي
5	4	3	2	1	عندي فرص لتطوير مهارات مفيدة ولتحسين نفسي للمستقبل
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد عائلتي
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد المجتمع الذي أعيش فيه حاليا
5	4	3	2	1	أنا فخور أنني جزائري

annexe N°15: résultat de l'échelle de CYRM-28 de salim

قياس مرونة الشباب و الأطفال (CYRM-28)

الاسم: سليم
العمر: 15 سنة
الجنس: ذكر
التعليمة:

إلى أي حد تمتلك الجمل التالية؟ ضع دائرة حول إجابة واحدة لكل جملة

كثير	أكثر من الوسط	وسط	قليل	أبدا	
5	4	3	2	1	أعرف أشخاص اعتبرهم قدوة لي
5	4	3	2	1	أنا أتعاون مع الناس حول
5	4	3	2	1	التعليم شيء مهم بالنسبة لي
5	4	3	2	1	أنا أعرف كيف أتصرف بالمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل الأعراس والعزائم
5	4	3	2	1	أهلي يهتمون بي
5	4	3	2	1	أهلي يعرفوا كثير عني
5	4	3	2	1	عندما أكون جائع، يكون في طعام كفاية
5	4	3	2	1	أنا أحاول أن أنهى الشيء الذي إبداه
5	4	3	2	1	الدين والإيمان مصدر قوة بالنسبة إلي
5	4	3	2	1	أنا فخور بأصولي
5	4	3	2	1	الناس يحبوا أن يقضوا وقت معي
5	4	3	2	1	أنا أحدث عائلتي عن مشاعري
5	4	3	2	1	أنا أستطيع أن أحل المشاكل بدون ما ألجأ للعنف أو استخدام العنف
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني مدعوم من أصحابي
5	4	3	2	1	أنا أعرف أين أذهب من أجل طلب المساعدة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني أنتمي لمدرستي
5	4	3	2	1	عائلتي تقف معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	صديقي يوقفوا معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أن مجتمعي يعاملني بعدل
5	4	3	2	1	عندي مجال أثبت للناس أنني أصبحت كبير وأتحمل المسؤولية
5	4	3	2	1	أنا أدرك نقاط قوتي
5	4	3	2	1	أنا أشارك بالأنشطة الدينية العامة (مثل صلاة الجماعة، حضور التجمعات الدينية، حصص الدين)
5	4	3	2	1	أنا براى انه من المهم ان اخدم مجتمعي
5	4	3	2	1	أنا أشعر بالأمان عندما أكون مع عائلتي
5	4	3	2	1	عندي فرص لتطوير مهارات مفيدة ولتحسين نفسي للمستقبل
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد عائلتي
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد المجتمع الذي أعيش فيه حاليا
5	4	3	2	1	أنا فخور أنني جزائري

annexe N°16: résultat de l'échelle de CYRM-28 de youcef

قياس مرونة الشباب و الأطفال (CYRM-28)

الاسم: يوسف

العمر: 11 سنة

الجنس: ذكر

التعليمية:

إلى أي حد تمتلك الجمل التالية؟ ضع دائرة حول إجابة واحدة لكل جملة

كثير	أكثر من الوسط	وسط	قليل	أبدا	
5	4	3	2	1	أعرف أشخاص اعتبرهم قدوة لي
5	4	3	2	1	أنا أتعاون مع الناس حول
5	4	3	2	1	التعليم شيء مهم بالنسبة لي
5	4	3	2	1	أنا أعرف كيف أتصرف بالمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل الأعراس والعزائم
5	4	3	2	1	أهلي يهتمون بي
5	4	3	2	1	أهلي يعرفوا كثير عني
5	4	3	2	1	عندما أكون جائع، يكون في طعام كفاية
5	4	3	2	1	أنا أحاول أن أنهى الشيء الذي أبدأه
5	4	3	2	1	الدين والإيمان مصدر قوة بالنسبة إلي
5	4	3	2	1	أنا فخور بأصولي
5	4	3	2	1	الناس يحبوا أن يقضوا وقت معي
5	4	3	2	1	أنا أحدث عائلتي عن مشاعري
5	4	3	2	1	أنا أستطيع أن أحل المشاكل بدون ما أُلجأ للعوانية أو استخدام العنف
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني مدعوم من أصحابي
5	4	3	2	1	أنا أعرف أين أذهب من أجل طلب المساعدة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني أنتمي لمدرستي
5	4	3	2	1	عائلتي تفهم معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	أصحابي يوقفوا معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أن مجتمعي يعاملني بعدل
5	4	3	2	1	عندي مجال أثبت للناس أنني أصبحت كبير وأتحمل المسؤولية
5	4	3	2	1	أنا أدرك نقاط قوتي
5	4	3	2	1	أنا أشارك بالنشاطات الدينية العامة (مثل صلاة الجماعة، حضور التجمعات الدينية، حصص الدين)
5	4	3	2	1	أنا أراي أنه من المهم أن أخدم مجتمعي
5	4	3	2	1	أنا أشعر بالأمان عندما أكون مع عائلتي
5	4	3	2	1	عندي فرص لتطوير مهارات مفيدة وتحسين نفسي للمستقبل
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد عائلتي
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعبادات وتقاليد المجتمع الذي أعيش فيه حاليا
5	4	3	2	1	أنا فخور أنني جزائري

annexe N°17: résultat de l'échelle de CYRM-28 d'Ilyes

قياس مرونة الشباب و الأطفال (CYRM-28)

الاسم: **إلياس**
العمر: **15 سنوات**
الجنس: **ذكر**
التعليمية:

إلى أي حد تمتلك الجمل التالية؟ ضع دائرة حول إجابة واحدة لكل جملة

كثير	أكثر من الوسط	وسط	قليل	أبدا	
5	4	3	2	1	أعرف أشخاص اعتبرهم قدوة لي
5	4	3	2	1	أنا أتعاون مع الناس حول
5	4	3	2	1	التعليم شيء مهم بالنسبة لي
5	4	3	2	1	أنا أعرف كيف أتصرف بالمناسبات الاجتماعية المختلفة مثل الأعراس والعزائم
5	4	3	2	1	أهلي يهتمون بي
5	4	3	2	1	أهلي يعرفوا كثير عني
5	4	3	2	1	عندما أكون جائع، يكون في طعام كافية
5	4	3	2	1	أنا أحاول أن أنهى الشيء الذي أبدأه
5	4	3	2	1	الدين والإيمان مصدر قوة بالنسبة إلي
5	4	3	2	1	أنا فخور بأصولي
5	4	3	2	1	الناس يحبوا أن يقضوا وقت معي
5	4	3	2	1	أنا أحدث عائلتي عن مشاعري
5	4	3	2	1	أنا أستطيع أن أحل المشاكل بدون ما أُلجأ للعنف أو استخدام العنف
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني مدعوم من أصحابي
5	4	3	2	1	أنا أعرف أين أذهب من أجل طلب المساعدة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أنني أنتمي لمدرستي
5	4	3	2	1	عائلتي تقف معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	صديقي يوقفون معي بالأوقات الصعبة
5	4	3	2	1	أنا أشعر أن مجتمعي يعاملني بعدل
5	4	3	2	1	عندي مجال أثبت للناس أنني أصبحت كبير وأتحمل المسؤولية
5	4	3	2	1	أنا أدرك نقاط قوتي
5	4	3	2	1	أنا أشارك بالنشاطات الدينية العامة (مثل صلاة الجماعة، حضور التجمعات الدينية، حصص الدين)
5	4	3	2	1	أنا برأي أنه من المهم أن أخدم مجتمعي
5	4	3	2	1	أنا أشعر بالأمان عندما أكون مع عائلتي
5	4	3	2	1	عندي فرص لتطوير مهارات مفيدة ولتحسين نفسي للمستقبل
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعادات وتقاليد عائلتي
5	4	3	2	1	أنا أستمتع بالمشاركة بعادات وتقاليد المجتمع الذي أعيش فيه حاليا
5	4	3	2	1	أنا فخور أنني جزائري

Vulnérabilité et résilience des enfants en période de latence face à l'abandon

Résumé

Cette étude descriptive examine la « *vulnérabilité et résilience des enfants en période de latence face à l'abandon* ». Conduite auprès de cinq enfants abandonnés, elle repose sur une démarche qualitative et une méthodologie bien précise. L'objectif est de décrire la trajectoire de vie des enfants placés en institution et d'explorer une éventuelle dépression et interroger leur résilience. Notre recherche a été réalisée au sein de l'établissement pour enfants assistés Chahida Djellaya Zahoua, en utilisant la méthode clinique et l'étude de cas. Nous avons également mené des entretiens de recherche semi-directifs et utilisé l'échelle CDI pour mesurer la dépression, ainsi que le CYRM-28 pour évaluer le niveau de résilience. Les résultats indiquent que la dépression est présente chez tous nos sujets de recherche, bien qu'à des niveaux différents ainsi que la résilience est aussi présente chez nos sujets de recherche mais à des niveaux différents. Tous les cas révèlent des vies complexes. En conséquence, la prise en charge des enfants abandonnés nécessite une intervention thérapeutique, et que les psychologues et les éducateurs travaillent conjointement pour favoriser le bien-être des enfants, diminuer la dépression et améliorer leur résilience.

Mot clé : vulnérabilité, résilience, enfants, abandon, dépression

Vulnerability and Resilience of Children in Latency Period Facing Abandonment

Summary

This descriptive study examines the "vulnerability and resilience of children in latency period facing abandonment." Conducted with five abandoned children, it is based on a qualitative approach and a specific methodology. The aim is to describe the life trajectory of children placed in institutions, explore potential depression, and question their resilience. Our research was carried out at the Chahida Djellaya Zahoua assisted children's facility, using the clinical method and case study approach. We also conducted semi-structured research interviews and used the CDI scale to measure depression and the CYRM-28 to assess the level of resilience. The results indicate that depression is present in all our research subjects, albeit at varying levels, and resilience is also present among our research subjects but at different levels. All cases reveal complex lives. Consequently, the care of abandoned children requires therapeutic intervention, with psychologists and educators working together to promote the well-being of the children, reduce depression, and improve their resilience.

Keywords: vulnerability, resilience, children, abandonment, depression