



Le développement de l'enfant
Un document de référence pour War Child

Mathijs Euwema
Amsterdam, 2006



War Child Holland est une organisation non gouvernementale indépendante et active au niveau international. Elle s'investit en faveur des enfants touchés par un conflit armé afin qu'ils puissent vivre plus tard dans un monde en paix. War Child Holland fait partie de War Child International, un réseau d'organisations autonomes.

A travers ses opérations, War Child Holland encourage le développement psychosocial des enfants, contribue aux processus de consolidation de la paix et défend les droits des enfants et des adolescents, en recourant aux vertus de l'expression artistique et du sport.

War Child Holland opère en Afghanistan, en Colombie, en RD du Congo, en Géorgie, en Israël et dans les Territoires Palestiniens, au Kosovo, aux Pays-Bas, au Pakistan, en Sierra Leone, au Soudan et en Ouganda.

LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

UN DOCUMENT DE REFERENCE POUR WAR CHILD

Auteur : Mathijs Euwema

Pour toute précision, veuillez contacter :

War Child Holland

Postbus 10018, 1001 EA Amsterdam

PAYS-BAS

T +31 20 6261273

F +31 20 4204716

E ans@warchild.nl

I www.warchild.nl

Pour toute question à l'auteur : mathijs@icdi.nl

Date de publication : septembre 2006

© War Child Holland 2006

La reproduction et la diffusion de ce document sont autorisées à condition de mentionner explicitement War Child Holland.

Table des matières

Table des matières	3
Introduction.....	5
Chapitre 1 Développement de l'enfant : définitions et notions essentielles.....	6
1.1 Introduction.....	6
1.2 Vers une définition de l'enfance.....	6
1.3 Développement de l'enfant : approche relationnelle et environnementale.....	7
1.4 Le développement de l'enfant et la Convention relative aux Droits de l'Enfant.....	11
1.5 Principaux domaines de développement.....	11
1.5.1 Développement cognitif.....	11
1.5.2 Développement identitaire.....	13
1.5.3 Développement moral.....	14
1.5.4 Développement ludique et créatif.....	16
1.6 Principaux concepts et processus relationnels et environnementaux en matière de développement de l'enfant.....	17
1.6.1 Attachement.....	17
1.6.2 Résilience.....	20
1.6.3 Facteurs de risque et de protection.....	21
1.6.4 Stratégies d'adaptation.....	23
Chapitre 2 Développement de l'enfant : évolution et conséquences d'un développement normal	25
2.1 Introduction	25
2.2 Le développement du nourrisson (de la naissance à 12 mois)	25
2.3 Le développement du tout jeune enfant (de 1 à 3 ans)	27
2.4 Le développement de l'enfant d'âge préscolaire (de 3 à 6 ans).....	30
2.5 Seconde enfance (de 6 à 11 ou 12 ans).....	34
2.6 Adolescence (de 11-12 ans à 18 ans)	37
Chapitre 3 Développement de l'enfant : problèmes de développement	40
3.1 Introduction	40
3.2 Enfants handicapés	41
3.2.1 Introduction.....	41
3.2.2 Handicaps mentaux	42
3.2.3 Handicaps physiques	44
3.3 Troubles du développement	47
3.3.1 Autisme	47
3.3.2 Troubles du langage et de la parole	48
3.4 Troubles de l'expression.....	49
3.4.1 Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H).....	49
3.4.2 Troubles du comportement perturbateur	50
3.5 Troubles psychosomatiques (souffrance physique provoquée par des troubles psychiques)	51
3.5.1 Anorexie et boulimie.....	51
3.6 Troubles anxieux.....	51
3.6.1 Syndrome de Stress post-traumatique	52
3.7 Troubles de l'humeur	53
3.8 Troubles psychotiques	53
3.9 Problèmes psychologiques causés par l'abus de produits (addiction).....	54
3.10 Problèmes psychologiques causés par la maltraitance (à l'intérieur de la famille)	55
3.11 La Pyramide des Problèmes Psychosociaux	56

Chapitre 4 Développement de l'enfant : facteurs de risque et de protection dans les zones touchées par la guerre	60
4.1 Introduction	60
4.2 Facteurs de risque dans les zones touchées par la guerre.....	60
4.2.1 Notions générales liées aux risques courus par les enfants en zone de guerre	60
4.2.2 Effets possibles de la guerre sur l'attachement	62
4.2.3 Maltraitance à enfant en tant que conséquence d'un conflit.....	63
4.2.4 Enfants recrutés dans les forces armées.....	65
4.2.5 Autres types de risques pour les enfants en zone de conflit	66
4.3 Facteurs de protection dans les zones touchées par la guerre.....	67
4.3.1 Stratégies constructives d'adaptation chez l'enfant.....	67
4.3.2 Soutien de la part des adultes.....	67
4.3.3 Interaction avec les pairs.....	68
4.3.4 Sentiment de normalité et de perspectives d'avenir.....	68
4.3.5 Paix et sécurité.....	69
Chapitre 5 Développement de l'enfant : incidence sur l'action de War Child	70
5.1 Introduction	70
5.2 Encourager le développement de l'enfant dans les programmes de War Child	70
5.3 Implication des enfants et des adolescents dans la mise au point et l'application des programmes de War Child	71
5.4 Recommandations générales pour l'utilisation du cadre de référence sur le développement de l'enfant dans les programmes de War Child.....	75
Références bibliographiques et ouvrages recommandés	76

Introduction

Dans sa Déclaration de Mission, War Child Holland (WCH) indique que son objectif est « de rendre plus autonomes les enfants qui vivent en zone de guerre, et cela par le biais de programmes recourant aux vertus de l'expression artistique et du sport afin d'encourager le *développement* psychologique et social des enfants et de renforcer leur bien-être ».

Le soutien au bon développement des enfants dans les zones touchées par la guerre constitue la caractéristique la plus importante du travail de WCH. Il est essentiel de tenir compte des aspects pertinents du développement de l'enfant lors de la mise en œuvre de programmes psychosociaux, si l'on veut que ceux-ci portent leurs fruits. Le présent document de référence vise à fournir au personnel de War Child, national ou international, une solide base de connaissances en matière de développement de l'enfant.

Ce document peut servir par exemple lorsque le personnel de War Child :

- Se livre à des travaux ou des observations auprès d'un enfant ou d'un groupe d'enfants en particulier ;
- Organise ou développe une formation pour enseignants, personnels soignants ou travailleurs sociaux ;
- Évalue la situation des enfants à l'intérieur d'un pays ou d'une communauté ;
- Conçoit un programme ou un projet.

Ce document décrit et explique le développement de l'enfant de la manière la plus concise, mais aussi la plus complète possible. Il devrait être d'une grande ressource pour WCH et servir de base à l'ensemble de ses programmes.

Idéalement, ce document sera utilisé en combinaison avec le module de formation relatif au développement de l'enfant.

Chapitre 1 Développement de l'enfant : définitions et notions essentielles

1.1 Introduction

La perception de l'enfance diffère selon les époques et les cultures. Ce chapitre est consacré aux notions d'enfance et de développement de l'enfant. Qu'est-ce que l'enfance ? Qu'est-ce que le développement de l'enfant ? En quoi ces deux notions sont-elles liées aux Droits de l'Enfant et, plus largement, au contexte dans lequel vivent les enfants ? Quel est le rôle joué par les conditions sociales et les traditions culturelles ? Quels sont les questions et les aspects importants en matière de développement de l'enfant ? Sur le sujet, les théories ne manquent pas. Nous expliquerons ici le choix d'une approche relationnelle et environnementale.

1.2 Vers une définition de l'enfance¹

On a coutume de définir l'enfance en fonction de l'âge et du niveau de développement physiologique ou psychologique d'un individu, mais la définition de l'enfant et de l'enfance est beaucoup plus complexe. Selon l'article 1^{er} de la CDE (Convention relative aux Droits de l'Enfant), « un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Si cette définition fournit une référence commune aux organisations internationales, aux ONG et aux gouvernements, elle peut différer des définitions appliquées sur le terrain. Par ailleurs, dans bien des situations de conflit et de déplacement, on n'est pas toujours certain de l'âge exact de tel ou tel enfant. A l'absence de registres des naissances s'ajoute parfois le fait que dans beaucoup de communautés, la précision quant aux dates de naissance n'a que peu d'importance (dans certaines contrées, beaucoup de gens sont tout simplement nés un 1^{er} janvier, du moins à en croire leur passeport - s'ils toutefois ils en ont un !). Ailleurs, on considère que les enfants sont âgés d'un an le jour où ils naissent. Dans un contexte de mortalité infantile très élevée, les nouveaux-nés peuvent ne recevoir de prénom ou même n'être reconnus qu'après leur première année d'existence, lorsque les chances de survie sont plus importantes. Dans de nombreuses cultures, on fait une distinction entre les différentes phases de l'enfance – en particulier entre l'âge de « l'innocence » ou de « l'ignorance » et celui de la « raison » et de la « responsabilité ». L'âge auquel un enfant est tenu responsable de ses actes est souvent défini par la loi.

Dans des contextes culturels différents, d'autres critères que l'âge peuvent contribuer à déterminer l'appartenance à l'enfance ou à l'adolescence. La fonction sociale, le genre, le statut marital et la capacité à participer à l'économie sont autant de facteurs qui peuvent s'avérer plus importants que l'âge chronologique pour créer des attentes chez les enfants.

Les rites religieux ou les coutumes peuvent également conférer un statut social à un individu, marquant nettement, aux yeux de la communauté au sens large, les moments de transition en termes de droits et de devoirs. Ces moments peuvent être indirectement liés à l'âge, notamment au début de la puberté. Ainsi, au Soudan, on considère qu'une jeune fille de 13 ans est une femme, tandis que les garçons ne deviennent des hommes que vers 15 ans. En Afghanistan, les filles sont considérées comme des adultes dès qu'elles se marient, ce qui peut arriver à l'âge de 12 ou 13 ans. Dans bien des cultures, les adolescents, qu'ils soient filles ou garçons, doivent se soumettre à des rites de passage qui, une fois accomplis avec succès, leur confèrent les droits et les responsabilités des adultes. Par exemple, dans la tribu Nuer du Sud Soudan, vous n'êtes un homme que si vous présentez sur le crâne un certain type de scarifications. C'est lors de rites d'initiation particuliers que les garçons Nuer reçoivent ces marques. Le maintien de telles traditions est souvent difficile dans un

¹ Ce paragraphe s'inspire très largement de *Child and Adolescent Development*, publié dans Actions for the Rights of Children (ARC) sur le site de Save The Children, 2001 (www.savethechildren.net/arc/).

contexte de déplacement de population, dans la mesure où les cérémonies peuvent être reportées ou édulcorées par l'absence de ressources et le manque de revenus. Qu'ils soient déplacés ou plus généralement confrontés à la plus grande adversité, les enfants peuvent être amenés à assumer un rôle qui ne leur a pas été prescrit par la tradition. Celui de chef de famille, par exemple.

La notion d'enfance n'est ni intemporelle, ni universelle. Elle ne tient pas seulement à l'âge, ni à des facteurs physiologiques ou psychologiques. L'enfance se définit plutôt par rapport à des contextes culturels et sociaux particuliers et à des époques particulières de l'histoire. L'enfance à Kaboul est différente de l'enfance à Freetown. L'enfance dans l'Ouganda de 2006 n'est pas pareille qu'il y a deux cents ans. Dans les pays développés du Nord, l'enfance est actuellement considérée comme une longue période de dépendance économique et d'innocence protégée, durant laquelle le jeu et l'éducation occupent une place centrale. Cette vision est très éloignée de la manière dont on voit l'enfance dans nombre d'autres cultures, où le travail, qu'il soit rémunéré ou domestique, passe obligatoirement avant les jeux et l'école. Dans beaucoup de pays du Sud, l'environnement où grandit l'enfant se caractérise par des familles nombreuses et une mortalité infantile élevée : dans leurs efforts pour assurer la survie de leurs enfants, les parents se consacrent avant tout à des activités économiques et domestiques, déléguant les tâches « parentales » à d'autres personnes, souvent aux enfants les plus âgés. Si la notion occidentale d'enfance met l'accent sur la vulnérabilité et l'innocence des enfants, cette approche paraît beaucoup moins appropriée dans d'autres contextes.

Il convient d'éviter ici l'emploi, dans certaines situations, de normes et de schémas propres à un autre contexte. Les exemples ne manquent pas de situations où il faut considérer telle ou telle culture dans sa totalité pour saisir et comprendre l'expérience des enfants – séparation d'avec la famille ou autres personnes responsables, exploitation, handicap, etc. Sans ces connaissances culturelles et la capacité de communiquer avec les enfants, toute discussion autour des pratiques et des normes éducatives risque de déboucher sur des conflits pouvant à long terme porter préjudice à l'intérêt supérieur de l'enfant.

War Child se place sur la même ligne que la CDE quant à la définition de l'enfance : c'est la période de la vie comprise entre 0 et 18 ans. Des exceptions sont possibles, comme par exemple au Sierra Leone, où d'anciens enfants soldats, qui ont maintenant plus de vingt ans, participent aux activités programmées pour le groupe cible. Ces exceptions montrent que War Child doit faire preuve d'une certaine souplesse quant à la définition de l'enfance dans le cadre de ses programmes.

1.3 Développement de l'enfant : approche relationnelle et environnementale

La meilleure façon d'appréhender l'enfance est de l'inscrire dans une perspective temporelle, faite de croissance et de changements qui débutent dès la conception et continuent pendant le développement prénatal, l'enfance, l'adolescence et, à certains égards, pendant l'âge adulte et la vieillesse. Durant toute cette évolution, l'enfant-individu participera au développement de son corps, de son cerveau et de son système nerveux, acquérant progressivement la capacité de déployer différentes fonctions et aptitudes qui lui permettront de s'adapter et de survivre dans des environnements très variés (Save The Children/ARC, 2001)

Le développement de l'enfant est « <i>le processus de croissance et de maturation de l'individu humain depuis la conception jusqu'à l'âge adulte</i> ».

L'étude du développement de l'enfant, tout comme la définition de l'enfance, est soumise à l'influence des modes historiques et culturelles. Ce sont des psychologues occidentaux, spécialistes du développement, qui ont effectué la plupart des travaux dans ce domaine, étudiant la manière dont les

enfants grandissent dans les pays riches (dans le cadre du présent document, il n'est pas utile de détailler les différents concepts et modèles théoriques développés et appliqués par les scientifiques). Dans la majorité de ces théories, on considère que les enfants évoluent à travers différents *stades* au cours de leur développement. Pour passer d'un stade à l'autre, l'enfant doit effectuer certaines « tâches de développement » (ex. : un bébé doit pouvoir se tenir assis avant de commencer à ramper). L'idée selon laquelle l'enfance consiste à traverser différents stades et à assurer des tâches de développement fait partie des notions les plus importantes et les plus utiles dans le domaine du développement de l'enfant.

De plus en plus, chercheurs et pédiatres se sont ralliés à l'idée que la perspective relationnelle et environnementale, selon laquelle le parcours de développement subit l'influence de facteurs d'interactivité complexes, est la mieux à même d'expliquer le développement de l'enfant (Sameroff & Chandler, 1975 ; Bronfenbrenner, 1979).

Le développement de l'enfant est le résultat d'une interaction entre l'enfant et son environnement. Cette idée apparemment simple recouvre pourtant une réalité complexe et changeante. Le modèle relationnel et environnemental suggère que « le développement de l'enfant est le produit d'une interaction dynamique et continue entre l'enfant et l'expérience apportée par sa famille et le contexte social » (Sameroff & Fiese, 2000).

L'approche environnementale souligne combien il est important de comprendre les relations entre l'enfant en train de se développer et les systèmes environnementaux comme la famille, l'école, la communauté et la culture. Dans ce modèle, l'interaction entre des enfants en pleine évolution, tout comme leurs relations changeantes avec différents systèmes (sociétaux) environnementaux, sont des processus inhérents au développement. L'expérience subjective de l'enfant et sa compréhension de l'environnement constituent des aspects importants de cette approche (Bronfenbrenner, 1979, 1988 ; Vygotsky, 1978).

Le modèle relationnel et environnemental reconnaît également que l'enfant, dès la naissance, travaille à structurer cette expérience. Au lieu de n'être qu'un réceptacle passif de l'expérience, « l'enfant crée activement son propre environnement, de plus en plus à mesure qu'il se développe » (Sroufe, 1990).

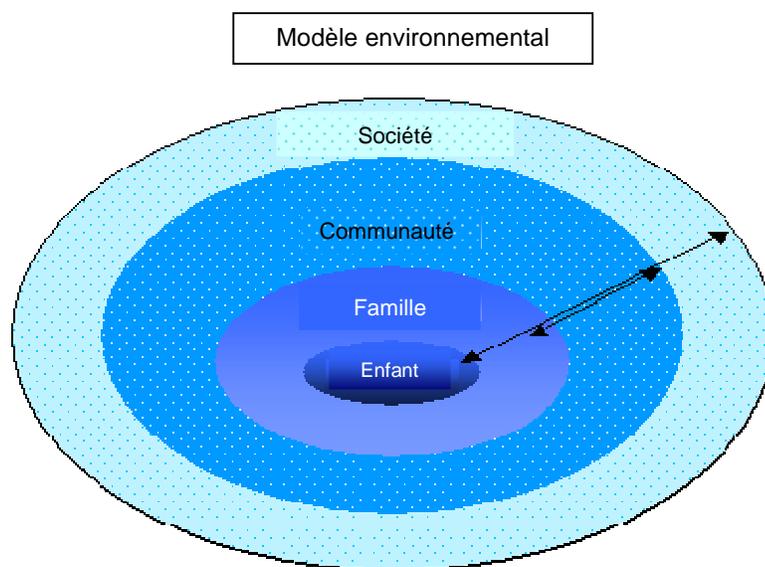
Les échanges de l'enfant avec son environnement créent des voies de développement (*developmental pathways*) secondaires. A certains moments cruciaux, que ce soit lors de phases du développement ou sous l'influence de facteurs externes comme l'exposition au conflit, des points de jonction apparaissent, permettant à l'enfant de quitter la voie qu'il empruntait pour en suivre une autre. Ce transfert peut s'effectuer d'une manière adaptative ou non (Bowlby, 1973). Exemple : une fillette de 7 ans, passant d'un camp de réfugiés à un environnement normal sur le plan de l'habitat et de la scolarisation – et ce, à un stade du développement où de nouvelles facultés intellectuelles renforcent son goût d'apprendre – peut emprunter une nouvelle voie de développement plus favorable que l'ancienne. Cela se traduit parfois par de nouveaux risques ou par de nouvelles possibilités exerçant une influence sur le développement de l'enfant. A quel moment et de quelle manière ? Tout dépend du niveau atteint par l'enfant dans ses tâches de développement au moment où interviennent ces facteurs externes. Les capacités de développement en voie d'émergence ou venant d'être acquises sont les plus susceptibles d'être perturbées par des facteurs de stress. Les capacités assimilées depuis plus longtemps présentent moins de risques d'être exposées à de tels facteurs, bien que des conditions de grand stress puissent également les affecter (Davies, 2004).

Si le développement de l'enfant est, à bien des égards, universel (tous les enfants apprennent à faire les mêmes choses, comme parler), il est aussi culturel. Ainsi, les enfants Chinois ne développent pas

la même conception du moi que les petits Américains (Wang, 2000). La comparaison de Rabain-Jamain (1989) entre des mères françaises et ouest-africaines montre que les Françaises, qui destinent leur progéniture à une éducation conventionnelle, parlent davantage, tandis que les Africaines de l'Ouest sont moins loquaces car elles attendent de leurs enfants qu'ils assurent très tôt des tâches concrètes au quotidien. L'attitude maternelle détermine le futur développement du langage chez ces enfants.

Le développement, l'apprentissage et la socialisation sont intrinsèquement liés au contexte culturel (Bronfenbrenner, 1979). En grandissant au contact d'autrui, les enfants apprennent à fonctionner en société. Cela implique une prise de conscience croissante de leur perception par les autres et de la façon de contrôler leur comportement pour qu'il soit mieux accepté par autrui. Les processus de connaissance et d'apprentissage basés sur l'intervention d'autrui jouent donc un rôle dans le développement du moi, la formation de l'identité sexuelle, la régulation des comportements antisociaux, la stimulation des comportements prosociaux et l'acquisition de la moralité. L'environnement agit sur l'enfant et l'enfant agit sur son environnement.

Tout cela se traduit par le modèle relationnel et environnemental suivant, adopté par War Child pour ses actions (d'après Bronfenbrenner, 1979).



Les processus relationnels entre l'enfant et son environnement s'opèrent en continu. Dans les premiers stades du développement, ils ont lieu principalement entre l'enfant, ses parents et la famille proche. Pendant la croissance de l'enfant, les processus relationnels impliquant l'environnement plus éloigné, comme la communauté et la société, gagnent en importance.

Le modèle relationnel et environnemental est étroitement lié au concept de bien-être psychosocial, qui souligne également l'importance des processus relationnels entre l'univers psychologique intérieur et le monde social extérieur.

L'un des facteurs favorables au développement optimal des enfants dans l'adversité est le bien-être psychosocial supérieur (Leblanc, Talbot & Craig, 2005). On peut en conclure qu'il est indispensable pour le bon développement de l'enfant.

Le terme psychosocial implique un lien étroit entre les processus psychologiques et sociaux, qui agissent en permanence les uns sur les autres. Les expériences psychologiques sont celles qui concernent les émotions, le comportement, la pensée, la mémoire et la capacité d'apprentissage. Les expériences sociales, elles, modifient les relations entre individus.

Le bien-être psychosocial est un « développement sain sur le plan affectif, cognitif, social et spirituel. Il comprend l'insertion sociale, la sensation de sécurité économique et physique ainsi que la notion d'identité ». (Loughry, 1999)

Le bien-être psychosocial recouvre une réalité différente selon les enfants et la période de leur vie. Chez les adolescents, il peut être favorisé par d'autres facteurs que chez les enfants d'âge scolaire. Ainsi, la création d'un club où les jeunes peuvent se retrouver, s'amuser et discuter de leurs problèmes, est mieux à même de renforcer leur bien-être social que l'organisation d'activités créatives.

1.4 Le développement de l'enfant et la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE).

La CDE est, de tous les traités relatifs aux droits de l'homme, le plus ratifié du monde. Pour autant, les droits des enfants ne sont malheureusement pas observés ni respectés comme ils le devraient. Mais la véritable mise en œuvre de la CDE et la sensibilisation aux droits de l'enfant fournissent de belles occasions de permettre aux enfants en difficulté de se développer sainement.

Le développement de l'enfant est une notion essentielle pour la CDE. Cette convention peut être considérée comme un instrument destiné à stimuler le développement, les capacités et l'autonomie personnelle des enfants. Comme il est mentionné plus haut, l'article 1^{er} donne une définition du mot « enfant ». S'il est évident que nous nous développons durant toute notre vie – l'apprentissage et l'épanouissement ne cessent pas à 18 ans –, l'enfance est cette période exceptionnelle où les possibilités vont de pair avec la vulnérabilité et où, selon les cas, l'individu fait l'objet d'une protection particulière.

L'article 6, le droit à la vie, à la survie et au développement, rassemble d'autres principes de développement contenus dans la CDE. Il stipule que « les Etats parties assurent dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant ». Par là même, ces obligations valent également pour le développement cognitif, social, affectif physique et moral des enfants dans tous les autres articles de la convention. Ainsi, l'article 27 reconnaît l'importance d'un niveau de vie suffisant pour permettre le « développement physique, mental, spirituel, moral et social ». Par ailleurs, les articles 28 et 29 expliquent que l'éducation doit favoriser l'épanouissement de « la personnalité de l'enfant, de ses dons et de ses aptitudes physiques et mentales, dans toute la mesure de leurs potentialités ». Le droit de jouer, représenté par l'article 31, exprime l'importance des possibilités de jeu pour le développement de l'enfant. La CDE étend également la notion de développement aux obligations des Etats envers les enfants handicapés : l'article 23 insiste sur le droit de ces enfants à disposer de services propres à « assurer une intégration sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel ».

La CDE, dans son intégralité, reconnaît que nourrir les enfants correctement, les stimuler intellectuellement, leur donner l'occasion de jouer, leur fournir un environnement sain, un repos suffisant, leur apporter soins et sécurité affective sont autant de conditions au bon développement de l'enfant et à l'épanouissement de ses capacités potentielles. Inversement, l'absence de ces conditions freine la croissance et le développement des enfants.

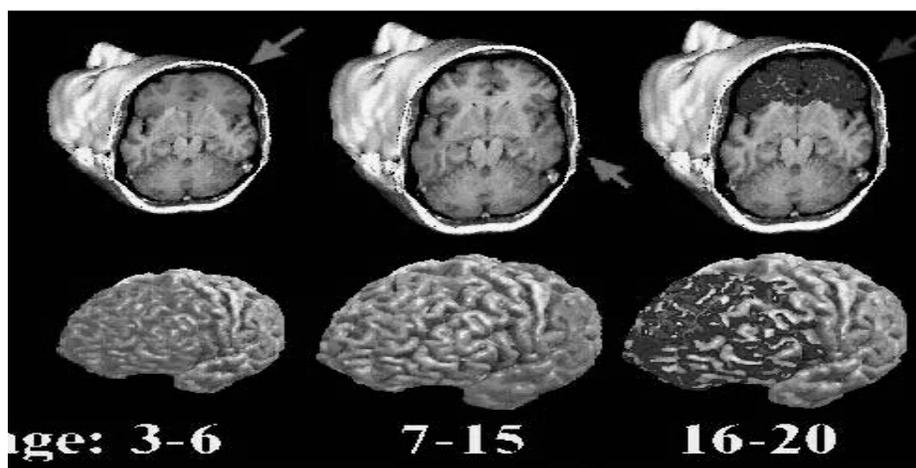
1.5 Principaux domaines de développement

Dans ce paragraphe, nous décrivons certains des principaux domaines dans lesquels s'effectue le développement. La connaissance de ces terrains se justifie dès qu'il s'agit d'observer et d'analyser les situations vécues par un enfant ou un groupe d'enfants, mais aussi d'établir des relations avec les enfants lors du travail sur le terrain.

1.5.1 Développement cognitif

Le développement cognitif est « le développement de la capacité à raisonner ».

Le développement de bonnes facultés cognitives (plus communément appelées intelligence) est étroitement lié à un développement sain du cerveau. Ce processus a lieu pendant toute l'enfance, mais c'est entre le 7^e mois de grossesse et l'âge de deux ans que le cerveau se développe le plus rapidement. A la naissance, il représente 25% de son poids définitif ; à deux ans, il correspond à 75% d'un cerveau adulte. Le développement cérébral se poursuit pendant une bonne partie de l'adolescence. Contrairement au cerveau de certaines espèces, qui est adulte à la naissance, celui de l'être humain n'arrive à maturité qu'au bout de plusieurs années. Il peut donc, au cours de ce développement, subir les effets plus ou moins importants de l'interaction entre l'enfant et son environnement (Nelson, 2000). Dans les premières années, au plus fort de la croissance, la plasticité du cerveau est bien plus élevée qu'ultérieurement. Ainsi, les enfants victimes de lésions cérébrales dans les cinq premières années de leur vie recouvrent souvent toute leur fonctionnalité grâce à la capacité du cerveau à rétablir les circuits endommagés. En raison de cette plasticité, les facteurs de risque et de protection pendant la petite enfance ont davantage d'influence sur la manière dont le cerveau fonctionnera à terme (Nowakowski & Hayes, 1999). Dans la première phase du développement cérébral, jusqu'à l'âge de 3-4 ans, le cerveau réagit plus aux influences exercées par l'environnement que lors des phases ultérieures (Perry, 2002). Ce sont donc les relations positives entre l'enfant (en particulier dans ses premières années) et les personnes s'occupant de lui qui assurent le meilleur environnement pour un développement optimal du cerveau.



De 3 à 6 ans : Croissance rapide des circuits frontaux : attention, vigilance vivacité	De 7 à 15 ans : Poussée de croissance dans les lobes temporaux et pariétaux : langues, mathématiques	De 16 à 25 ans : Perte de tissu dans les circuits frontaux : contrôle de soi, planification, régulation du comportement
---	--	---

(Illustration tirée de « L'adolescence : Une étape capitale », UNICEF, 2002)

Facteurs défavorables au développement cérébral :

- Anomalies génétiques. Les plus courantes sont liées aux aberrations chromosomiques, dues à la présence ou à l'absence d'un chromosome ou encore à une structure anormale des chromosomes. Exemple le plus fréquent : la trisomie 21 (voir chapitre 3) ;
- Exposition à l'alcool avant la naissance. La consommation d'alcool par la femme enceinte peut endommager fortement le cerveau du bébé et provoquer une grave pathologie à la naissance : le syndrome d'alcoolisation fœtale. Celui-ci se traduit par des malformations crâniennes et faciales, un retard de développement, des troubles de l'attention, une hyperactivité et, dans près de la moitié des cas, par un handicap mental ;
- Malnutrition. Elle entraîne une faible croissance générale du cerveau et, par conséquent, une intelligence moins importante. Pourtant, ces effets peuvent être neutralisés par une alimentation adéquate pendant les premières années (Nelson, 2000) ;
- Prématurité. Une grossesse normale dure 38 à 40 semaines. Un accouchement prématuré ou un faible poids à la naissance comporte des risques pour le développement cérébral de l'enfant.
- Événements stressants et traumatisants. Les enfants, en particuliers les plus petits, qui ont été exposés à de graves privations, négligences, abus et traumatismes peuvent présenter de nombreux problèmes de développement cérébral (Perry, 2002).

Comme il a été dit plus haut, le développement cérébral est étroitement lié au développement des facultés cognitives (plus communément désignées sous le terme d'intelligence). La plupart des gens savent de manière intuitive ce qu'est l'intelligence, la langue exprimant une gradation étendue des facultés intellectuelles : vif, bête, ingénieux, stupide, astucieux, lourd, etc. Pourtant, il n'existe aucune définition universelle de l'intelligence et l'on continue de débattre sur la signification exacte de ce terme. Restent les questions essentielles : l'intelligence est-elle une capacité générale ou se compose-t-elle de systèmes et de facultés indépendantes ? Est-elle une propriété cérébrale, une caractéristique comportementale ou un ensemble de connaissances et de compétences ?

Quand on leur demande ce qu'est exactement l'intelligence et comment on peut l'expliquer, les scientifiques ont presque tous une définition différente. Pour les uns, c'est la capacité générale à s'adapter à des situations nouvelles ; pour les autres, c'est la faculté d'abstraction, l'aptitude à s'ajuster à son environnement ou à apprendre et à conserver des connaissances ; pour d'autres encore, c'est la capacité à être autonome, l'originalité et l'inventivité ; la mise en relation pertinente d'informations ; la faculté de juger, de comprendre, de raisonner, de déduire.

Le commun des mortels conçoit l'intelligence de manière quelque peu différente des spécialistes. Les définitions les plus populaires mettent l'accent sur l'astuce, le bon sens, la capacité à résoudre les problèmes, le maniement du langage et le goût d'apprendre. De plus, beaucoup de gens pensent que la sociabilité constitue une part importante de l'intelligence.

Certains savants répondent que l'intelligence est toute capacité considérée comme telle par une culture donnée. Dans cette perspective, la conception de l'intelligence varie d'une culture à l'autre. Ainsi, les Américains associent souvent les capacités linguistiques et mathématiques à l'intelligence, tandis que pour certaines cultures maritimes des îles du Pacifique Sud, elle est liée à la mémoire spatiale et aux compétences nautiques. Ceux qui croient que l'intelligence est culturellement déterminée réfutent l'idée qu'un test unique pourrait mesurer correctement l'intelligence quelle que

soit la culture. D'autres, en revanche, considèrent l'intelligence comme une capacité cognitive de base, indépendante de toute culture (Microsoft Encarta Online Encyclopedia, 2003).

Ce qui est clair, en tout cas, c'est que le développement des fonctions cognitives va de pair avec celui de l'enfant. Plus l'enfant grandit, plus sa pensée devient abstraite et complexe et plus il est capable de comprendre et d'agir. Mais les fonctions cognitives ne sont pas seulement propres à une classe d'âge, elles diffèrent aussi d'un enfant à l'autre. C'est pourquoi il est toujours important de vérifier ce qu'un enfant ou un groupe d'enfant peut comprendre ou non, et d'adapter en conséquence les objectifs, activités et communications.

1.5.2 Développement identitaire

Le développement d'une perception claire de soi (« Qui suis-je ? », « Pourquoi est-ce que j'existe ? », « Quelle direction est-ce que je veux prendre ? », « En quoi est-ce que je crois ? », « Où est ma place ? ») fait probablement partie des tâches développementales les plus importantes assignées à un individu.

« L'identité est le sentiment d'être la même personne à différents moments et dans différentes circonstances, de vivre et de considérer son passé, son présent et son avenir comme un tout, et d'être reconnu et apprécié par ceux qui constituent l'environnement social ».

L'identité se compose de deux éléments (Bosma, 1991) :

1. La perception de soi comme entité unique dans le temps et l'espace
2. La reconnaissance et l'appréciation de cette entité par les autres (l'environnement social)

Même si ce processus est variable, la plupart des enfants n'acquièrent définitivement une notion de soi qu'à la fin de l'adolescence (vers 18 ou 20 ans).

Erik Erikson, éminent psychologue du développement humain, s'est largement intéressé à la formation de l'identité. Il décrit comment ce processus s'opère pendant l'enfance et continue tout au long de la vie. Sa description des cinq stades psychosociaux de l'enfance donne un aperçu du développement identitaire (Erikson, 1956).

1 ^{er} stade : De 0 à 2 ans	Cette première crise psychosociale a lieu au tout début de la vie. Bien traité, soigné et aimé, le nourrisson acquiert de la confiance, de l'assurance et un fond d'optimisme. Mal traité, il doute et devient méfiant.
2 ^e stade : De 2 à 4 ans	La deuxième crise psychosociale, d'après Erikson, se produit pendant la petite enfance, probablement entre 2 et 4 ans. L'enfant « bien materné » en sort sûr de lui, exalté par cette assurance nouvelle et plutôt fier que honteux. L'autonomie n'est cependant pas tout à fait synonyme d'entière possession de soi, d'initiative et d'indépendance : pour les enfants en début de crise psychosociale, elle se traduit notamment par des exigences colériques, des caprices, de l'entêtement et des refus. Il n'est pas rare de voir des bambins de deux ans croiser les bras pour ne pas que leur mère leur prenne la main avant de traverser la rue. De même, on peut entendre des « non ! » retentissants à la maison ou au supermarché.
3 ^e stade : De 3 à 6 ans	Erikson pense que la troisième crise psychosociale a lieu pendant « l'âge du jeu » ou période préscolaire. L'enfant qui se développe correctement apprend alors à utiliser son imagination à acquérir de nouvelles facultés par des jeux de toutes sortes, y compris la fabulation, à coopérer avec les autres et à se comporter aussi bien en meneur qu'en suiveur. Si l'enfant est paralysé par la

	culpabilité, il devient peureux, ne se joint pas aux autres, reste trop dépendant des adultes et ne développe pas pleinement sa capacité à jouer et à imaginer.
4 ^e stade : De 6 à 12 ans	Selon Erikson, c'est pendant la scolarité que l'on traverse, pour le meilleur ou pour le pire, la quatrième crise psychosociale. L'enfant acquiert alors des fonctions plus conventionnelles : se comporter avec ses pairs conformément aux normes, passer du jeu spontané à des jeux pouvant être soumis à des règles compliquées et nécessitant des actions collectives, comme le football, ou encore apprendre certaines choses utiles en société, comme la lecture et l'arithmétique. Le besoin d'autodiscipline est plus fort chaque année. L'enfant qui a réussi à résoudre les crises précédentes sera confiant, autonome et plein d'initiatives : il apprendra facilement et fera preuve de sérieux. En revanche, l'enfant méfiant doutera de l'avenir. Celui qui ressent honte et culpabilité connaîtra un sentiment d'échec et d'infériorité.
5 ^e stade : De 12 à 18 ans	Pendant la cinquième crise psychosociale, l'enfant, devenu adolescent, apprend à répondre de manière positive et satisfaisante à la question « Qui suis-je ? ». Pourtant, même le plus équilibré des adolescents est confronté à une certaine diffusion de l'identité : la plupart des garçons et probablement des filles font l'expérience de la petite délinquance ; la rébellion s'accroît ; le doute de soi envahit le teenager. Erikson pense que dans la première partie d'une adolescence réussie, le jeune individu acquiert une certitude de soi opposée à la conscience de soi et au doute de soi. Il s'essaie à différents rôles (constructifs, le plus souvent) plutôt que d'adopter une « identité négative » (comme celle du délinquant). Il anticipe le succès et finit par réussir au lieu d'être « bloqué » par des sentiments d'infériorité. Plus tard dans l'adolescence, survient l'affirmation d'une identité sexuelle distincte (homme ou femme). L'adolescent cherche une figure tutélaire (susceptible de l'inspirer) et, dans le cas d'une adolescence réussie, développe progressivement un ensemble d'idéaux (conformes aux normes sociales).

Ces cinq stades psychosociaux de l'enfance représentent une description fine et plausible de la manière dont l'identité peut se former. Aider l'enfant à passer ces épreuves et à en tirer des enseignements positifs constitue une tâche complexe et difficile, comme le savent tous les parents et les éducateurs.

Toute personne travaillant avec des enfants doit comprendre de quelle manière l'identité d'un enfant ou d'un groupe d'enfant se développe. Des difficultés dans le développement identitaire peuvent être liés ou mener à des problèmes psychosociaux : absence d'estime de soi, attachement insécure, dépression et comportement antisocial.

1.5.3 Développement moral

Le développement moral, ou développement de la conscience, est la capacité de distinguer le bien du mal et s'avère donc d'une grande importance pour qu'un enfant devienne un individu socialement adapté et responsable. Ce développement peut être sérieusement remis en cause par l'éclatement de l'environnement familial ou social, où il arrive que plus personne ne joue le rôle de modèle (par exemple pour les enfants soldats dans un conflit armé). Le développement moral (comme tout type de développement) dépend de forces intérieures et extérieures à l'environnement de l'enfant. Si le sens moral est étroitement lié aux normes et règles d'un contexte culturel particulier, l'idée de principes moraux universels est largement partagée. Celle-ci sert d'ailleurs de base à la Convention relative aux Droits de l'Enfant.

Kohlberg (1973) divise le développement moral en six étapes successives :

NIVEAU	STADE	ORIENTATION SOCIALE
Préconventionnel	1	Obéissance et Punition
	2	Donnant/donnant
Conventionnel	3	« Brave garçon/gentille fille »
	4	La loi et l'ordre
Postconventionnel	5	Contrat social
	6	Principes éthiques

Le premier niveau de conscience morale se rencontre généralement chez le bébé, le tout-petit et l'enfant d'âge préscolaire (de 0 à 6 ans). Lors de la première phase de ce niveau, l'enfant se comporte selon les normes socialement admises parce qu'une autorité (parent, enseignant) lui dit d'agir ainsi. Il est contraint à obéir par la menace ou la mise en œuvre d'une sanction. La seconde phase se caractérise par l'idée que bien se comporter, c'est agir dans son propre intérêt.

Le deuxième niveau est généralement observé en société, d'où le terme « conventionnel ». Le premier stade de ce niveau (stade 3) se caractérise par une attitude visant à obtenir l'approbation d'autrui. La plupart des enfants et des adolescents (de 6 à 18 ans) se situent à ce niveau de pensée. Ce n'est qu'à l'adolescence (de 12 à 18 ans) que l'on atteint le quatrième stade, orienté vers le respect de la loi et l'accomplissement du devoir.

Le troisième niveau de conscience morale n'est atteint, d'après Kohlberg, que par une minorité d'adultes. Sa première phase (stade 5) correspond à la compréhension de la réciprocité sociale et par un intérêt sincère pour le bien de tous. Le sixième et dernier stade s'appuie sur le respect des principes universels (exemple : « tu ne tueras point ») et les exigences de la conscience personnelle.

Pour Kohlberg, un individu ne peut traverser ces phases qu'une à une. Il est donc impossible de « sauter » une étape. Ainsi, on ne peut pas passer d'une phase orientée vers l'égoïsme à une période marquée par la loi et l'ordre sans faire l'expérience du stade « Brave garçon/gentille fille ». On ne peut comprendre certains principes que s'ils se situent à l'étape immédiatement supérieure.

Kohlberg, également convaincu que ces stades sont universels, réussit à en faire la preuve par plusieurs de ses travaux. Bien que des individus de cultures différentes puissent atteindre différents niveaux de conscience morale, la succession des stades semble valide quelle que soit la culture. Mais naturellement, « conscience morale » ne veut pas dire « comportement moral ». Beaucoup de gens savent distinguer le bien du mal, mais n'agissent pas forcément en conséquence.

Au contact des enfants, il est important de déterminer à quel stade de développement moral ils se trouvent. Cette phase correspond-elle à leur âge ? Comment s'articule-t-elle avec les normes et les attentes de leur famille et de leur culture ?

1.5.4 Développement ludique et créatif



(Enfants jouant de la musique, Géorgie)

Le jeu est bénéfique pour le développement de stratégies d'adaptation qui renforcent la résilience et le bien-être psychosocial des enfants :

- Le jeu fournit au jeune enfant le moyen de revivre et d'assimiler des aspects stressants de la réalité, à distance, par le biais d'une imagination dirigée (Piaget, 1951) ;
- A travers le jeu, l'enfant peut apprendre à se connaître (sur le plan de l'identité sexuelle, par exemple) en relation avec les autres ;
- Le jeu stimule le développement cognitif (particulièrement à l'âge préscolaire) (Davies, 2005) ;
- Le fait d'imaginer et de mettre en œuvre des scénarios de jeu favorise le développement de facultés cognitives, tels que la planification et la résolution de problèmes, et donne à l'enfant la possibilité d'être autonome et de prendre l'initiative (Piaget, 1962).
- Le jeu peut être un moyen d'extérioriser sans risque et de manière positive son agressivité ou d'autres pulsions négatives (Paley, 1988) ;
- Les activités structurées, comme les sports et les loisirs, constituent, pour les enfants, les passe-temps les plus favorables au développement (Mc Hale et coll., 2001) ;
- La participation à des activités parascolaires favorise la résilience en aidant les enfants à être fiers d'eux-mêmes (Werner, 1993).

La façon de jouer des enfants évolue avec l'âge :

Le jeu des bébés (de 0 à 2 ans) est principalement exploratoire et interactif.

Le jeu des tout-petits (de 1 à 3 ans) est souvent une réaction non verbale à la confusion et au stress. A cet âge, le jeu de scènes fictives commence à se développer.

Les enfants d'âge préscolaire (de 3 à 6 ans) adorent jouer. Leur jeu est plus complexe et imaginaire que celui des tout-petits, mais moins soumis aux règles et plus ancré dans la réalité que celui des enfants plus âgés. Ils se livrent à des jeux tournant autour de deux axes principaux, qui sont souvent liés dans la pratique. Le premier axe consiste à explorer la réalité, en particulier par le biais de jeux de rôles. Ainsi, en se déguisant comme quelqu'un qui occupe une certaine fonction sociale, l'enfant

explore par l'imagination ce qu'il pourrait devenir. Le second axe consiste à utiliser le jeu pour maîtriser son stress et son angoisse, ainsi que pour exprimer ses désirs et ses peurs.

Pour les enfants d'âge scolaire (de 6 à 12 ans), le jeu en tant qu'intérêt impératif cède progressivement la place à une attitude orientée vers le travail, où l'accent est mis sur la maîtrise intellectuelle et les capacités physiques (Erikson, 1963). Jouer demeure une activité importante, mais l'imaginaire se voit peu à peu supplanté par la structure et les rituels des sports et des jeux (Rubin et coll., 1988). Les sports collectifs comme le football ou le basket-ball apprennent implicitement aux enfants à se relayer, à s'améliorer, à se concentrer sur les programmes et les objectifs, à maîtriser suffisamment leurs émotions pour permettre à la partie de se dérouler, à obéir aux règles (Piaget & Inhelder, 1969). Pendant cette période, des passe-temps tels que les collections prennent de l'importance pour les enfants. Mais le passage de l'imitation sociale aux jeux organisés n'explique qu'en partie l'évolution du jeu. Dans la seconde enfance, une sorte de jeu d'esprit, celui de l'imagination intérieure, prend de l'importance à mesure que le jeu entre pairs se ritualise. L'imagination assure les mêmes fonctions que le jeu théâtral pour l'enfant d'âge préscolaire : plaisir, réalisation imaginaire des désirs, exploration de la réalité, imagination de soi-même dans des rôles d'âge plus avancé et compréhension des émotions et des points de vue d'autrui à travers l'incarnation de personnages (Seja & Russ, 1999). Ces activités imaginaires contribuent à la créativité des enfants et à leur bonne capacité d'adaptation (Russ, Robin & Christinano, 1999).

Le jeu des adolescents (de 12 à 18 ans) est encore plus structuré. Il devient un instrument d'interaction avec les pairs, à travers le sport ou le théâtre, par exemple. Il peut également constituer pour l'adolescent l'expression de sa propre identité naissante. Le jeu ritualisé est manifestement aussi un moyen d'évacuer stress et énergie. C'est la période où le jeu perd de son importance, tandis que le travail et les études passent au premier plan. L'imagination reste importante : elle permet à l'adolescent de se laisser aller à des rêveries de grand amour ou de gloire à venir.

Il est primordial que les personnes travaillant avec des enfants se rendent compte que le jeu et l'expression créative, tout comme les autres comportements de l'enfant, sont souvent le reflet de processus psychosociaux et que leur observation permet de voir ce que les enfants vivent et ressentent, mais ne sont pas capables d'exprimer avec des mots. Autrement dit : si nous observons attentivement la *façon* dont les enfants jouent, nous en saurons beaucoup plus sur leurs sentiments, leurs problèmes, leurs souhaits, leurs besoins et leur situation (développementale).

1.6 Principaux concepts relationnels et environnementaux en matière de développement de l'enfant

Cette partie du document aborde les questions les plus importantes en matière de développement de l'enfant. On y trouvera des exemples de processus relationnels et environnementaux qui interviennent dans l'accomplissement de tâches liées à différents domaines développementaux tels qu'ils sont décrits à l'alinéa 1.4 et aux chapitres 2 et 3.

1.6.1 Attachement

L'attachement est une relation affective profonde entre l'enfant et un ou plusieurs adultes, le plus souvent un parent ou un aidant. C'est un besoin primaire fondé sur un socle biologique (Bowlby, 1969). L'attachement procure aux enfants un sentiment de sécurité et leur permet d'explorer leur environnement pour retourner vers l'adulte en cas de détresse. Le développement de ce lien affectif, ou attachement, exige des parents qu'ils apportent amour, soins, confiance, sécurité et respect à leurs enfants et qu'ils répondent avec sensibilité aux besoins de ces derniers. Bien que l'attachement s'exprime par des comportements différents selon les cultures, il constitue un phénomène universel chez l'être humain (Bowlby, 1969 ; LeVine & Miller, 1990). Dans la plupart des cultures, l'attachement

du nourrisson obéit à un ordre de préférence, qui commence souvent par la mère, puis le père, et ensuite les frères et sœurs. Les effets de cet attachement premier se font sentir tout au long de la vie. Le lien qui unit très tôt l'enfant et le(s) parent(s) interfère et agit sur le développement. Bien que l'éducation parentale ne soit pas la seule influence exercée sur le développement, elle s'avère tout à fait essentielle (Davies, 2004).

- L'attachement est un lien profond et durable qui se noue entre l'enfant et un aidant particulier (mère, membre de la famille ou de la communauté) dans les premières années de la vie, notamment entre 0 et 3 ans ;
- L'attachement est une relation réciproque entre l'enfant et l'aidant. Les enfants recherchent instinctivement le contact avec l'aidant pour obtenir sécurité et protection. Inversement, les aidants protègent et soignent les enfants ;
- Le caractère réciproque de l'attachement, qui voit les aidants répondre aux besoins des enfants et les enfants répondre aux soins des aidants, permet au développement premier de s'effectuer sur une base solide ;
- L'attachement agit sur le développement cérébral de l'enfant, ce qui va déterminer son aptitude à gérer ses pensées, ses sentiments et son comportement durant toute sa vie ;
- Les comportements liés à l'attachement sont ceux qu'adoptent les enfants pour obtenir une réaction des aidants et rester auprès d'eux. Pleurer, saisir, accrocher, tendre les bras, ramper, sourire ou encore babiller en sont autant d'exemples. Ces comportements favorisent la sécurité physique et la survie des enfants ;
- L'absence de liens d'attachement sécurisés met en péril le développement de l'enfant.

Ainsworth (1978) distingue trois types d'attachement. Un quatrième type a été défini plus tard (Main & Solomon, 1990). Ces quatre modèles sont classés comme suit :

1. Groupe A : Insécure-évitant
2. Groupe B : Sécure
3. Groupe C : Ambivalent-résistant
4. Groupe D : Insécure-désorganisé/désorienté

Les enfants présentant un type d'**attachement sécure** (B) font preuve d'assurance dans les liens d'attachement. L'enfant sécure veut être proche de l'aidant, rester en contact physique avec lui et maintenir l'interaction avec l'aidant ou, à défaut de contact ou de proximité, essaie d'attirer son attention ; il se calme rapidement dès que l'aidant est présent et peut recommencer à jouer ou à explorer l'espace environnant. Les liens d'attachement sécure ont des retombées positives sur le développement futur. Les enfants ayant connu un tel attachement montrent davantage d'assurance dans leurs explorations et sont plus disponibles pour apprendre. La bonne qualité des liens d'attachement tend à se généraliser aux relations futures. Les personnes ayant connu un attachement sécure pendant toute leur enfance sont celles qui se développent le mieux. La sécurité procurée au tout jeune enfant (lorsqu'il est encore bébé) permet au développement de bien démarrer, mais ne constitue pas une protection absolue contre de futures perturbations développementales pouvant résulter de changements liés à la qualité de l'attachement (par exemple en cas de décès des parents ou de séparation) (Davies, 2005).

L'attachement insécure est provoqué par l'indisponibilité des aidants, leur réponse inadéquate aux besoins des enfants, leur absence d'affection, leur incapacité à exprimer leur plaisir dans les échanges avec les enfants, ou encore à reconforter leurs enfants en cas de stress. L'attachement

insécure prend différentes formes selon le degré de négligence des parents face aux demandes de leurs enfants.

L'attachement insécure-évitant (A) se produit quand les aidants adoptent une attitude de rejet et d'indisponibilité. Ils ne répondent pas aux besoins de leurs enfants ou bien le font de manière indifférente ou hostile. Résultat : ces enfants renient leurs propres besoins et évitent les échanges avec leur aidant. Ils donnent l'impression d'être indépendants mais cette impression repose sur la croyance qu'ils doivent se comporter ainsi puisqu'ils ne peuvent pas compter sur leurs aidants. Beaucoup de ces enfants sont ignorés et rejetés par leur mère. Ils présentent un plus fort degré d'hostilité, d'agressivité gratuite et d'interaction négative avec les autres enfants. Plutôt que d'exprimer leurs angoisses et de demander de l'aide après une déconvenue, ils vont plutôt bouder ou s'isoler. Comme ils sont plus distants sur le plan des émotions et présentent souvent un comportement négatif, les enfants dont l'attachement est insécure-évitant ont tendance à être moins bien considérés et soumis à une discipline plus sévère par les enseignants, ce qui les conforte dans leur méfiance vis-à-vis de l'attachement (Sroufe, 1989).

L'attachement de type anxieux/ambivalent (C) se produit quand les aidants principaux se montrent incohérents et imprévisibles. Ils répondent parfois aux besoins de leurs enfants, parfois non. Il en résulte des enfants qui recherchent la présence de l'aidant, mais doutent que celui-ci soit disponible. Cette situation provoque chez l'enfant une grande détresse quand il est séparé de ses figures d'attachement, sans que le retour de ces personnes puisse le rassurer facilement. Les enfants ont peur de quitter leur figure d'attachement pour explorer leur environnement et ne développent donc pas leur indépendance. Les mères de ces enfants se trouvent répondre de manière peu cohérente au comportement de leur bébé en quête d'attachement : leur réaction est parfois appropriée, parfois non. Ce modèle d'attachement annonce de futures difficultés dans la capacité d'un enfant à être autonome. Des études ont relié ce modèle à l'isolement et à la faiblesse des échanges sociaux chez les enfants en début d'âge scolaire (Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf & Sroufe, 1989).

L'attachement désorganisé/désorienté (D) se produit quand les aidants se livrent à des mauvais traitements ou à de graves négligences. Cela donne des enfants qui présentent un type d'attachement à la fois évitant et ambivalent. A certains moments, ils sont hypervigilants face à d'éventuels abus et paralysés ou désorientés à d'autres moments. Soit ils rejettent leur figure d'attachement, soit ils tentent de lui faire plaisir. Parfois, ils passent d'un comportement à l'autre. On a identifié deux modèles conduisant à ce type d'attachement : un traumatisme non résolu chez le parent et une maltraitance directe de la part du parent. Les parents d'enfants désorganisés/désorientés ont très souvent vécu eux-mêmes un traumatisme durant leur enfance, qu'il n'ont pas résolu, tel que le décès prématuré d'un parent, le fait d'être abusé ou l'exposition à la violence intrafamiliale (Main & Hesse, 1990 ; Lyons-Ruth, 1996). Ce type d'attachement laisse augurer d'une faible confiance en soi et de performances scolaires médiocres (Moss, Rousseau, Parent, St Laurent & Saintong, 1998).

Si les comportements d'attachement peuvent varier dans leur forme, de même que les approches en matière de soins et d'attentes vis-à-vis des bébés, le caractère universel de l'attachement lui-même est incontestable (Posada et coll., 2002). Quels sont les facteurs de cette universalité ? Un bébé a besoin de s'attacher à un aidant principal (ou, dans bien des cultures, à plusieurs aidants principaux). La cohérence, la sensibilité et la réactivité des aidants principaux sont essentielles pour le développement psychologique du bébé. Au-delà des cultures, le comportement sécure – capacité de l'enfant à recourir à l'aidant pour être consolé en cas de détresse et pour être soutenu dans ses tentatives d'exploration (telles qu'elles sont définies dans chaque culture) – a été identifiée comme une marque d'attachement sécure (Waters & Cummings, 2000). Lorsqu'un aidant se montre

indifférent, incohérent, insensible ou qu'il rejette le bébé, le développement psychologique de ce dernier est sérieusement compromis.

De nombreux chercheurs ont étudié les rapports entre l'attachement chez le petit enfant et son développement ultérieur. Ces travaux ont révélé d'étonnants liens de cause à effet entre l'un et l'autre (Matas, Aren & Sroufe, 1978 ; Lyons-Ruth, 1996). Un attachement sécure juste après la naissance et pendant la petite enfance (de 0 à 3 ans) promet une bonne sociabilité, une certaine aptitude à résoudre les problèmes ainsi que d'autres qualités personnelles liées à une adaptation réussie pendant la seconde enfance (Sroufe, 1989). De même, l'attachement insécure est mis en relation avec un comportement problématique et des difficultés de socialisation chez les enfants d'âge scolaire. Bien que d'autres aspects, comme le tempérament de l'enfant et les facteurs de risque environnementaux, aient pesé sur les résultats des travaux mentionnés ci-dessus, les preuves irréfutables fournies par ces recherches empiriques montrent que l'attachement représente un médiateur fondamental de développement (Davies, 2004).

1.6.2 Résilience

Le concept de résilience s'est progressivement imposé dans l'étude du développement de l'enfant. Plusieurs travaux ont montré que de nombreux enfants, pourtant élevés dans des circonstances très difficiles et périlleuses, ont fini par devenir des adultes équilibrés et en bonne santé (ex. : Felsman & Vaillant, 1987 ; Werner, 1989 ; Masten, Best & Garmezy, 1990). Cette aptitude à se développer sainement et à surmonter les difficultés est connue sous le nom de « résilience ».

« La résilience est la capacité universelle permettant à une personne, un groupe ou une communauté de prévenir, réduire ou surmonter les effets négatifs de l'adversité ». (Grotberg, 1995).

Même s'ils ont été confrontés à une situation extrêmement stressante, comme la violence, le deuil d'un proche ou le déplacement, les enfants résilients sont capables de puiser dans leurs ressources personnelles et dans le soutien des autres pour se sortir des difficultés et s'adapter aux nouvelles circonstances (Arntson & Knudsen, 2004). Le terme de résilience désigne à la fois l'état de bien-être où se trouve l'enfant (quand il est résilient) et les caractéristiques ainsi que les processus de l'obtention de ce bien-être (quand l'enfant montre de la résilience face à une certaine situation à risque) (Gilgun, 1999).

La résilience est un concept relativement récent dans l'univers du développement humain et des services sociaux, dont le point de vue sur les problèmes sociaux a évolué dans le temps. Cette évolution a été influencée par trois courants principaux :

1. La prise de conscience du rôle joué par un ensemble de facteurs de risque et de protection sur plusieurs types de problèmes sociaux (ex. : Dryfoos, 1990 ; Hawkins, Catalano & Miller, 1992) ;
2. La reconnaissance du fait que de nombreux individus sont manifestement équilibrés alors qu'ils présentent les mêmes caractéristiques et conditions de vie que d'autres individus confrontés à des problèmes psychosociaux (ex. : Anthony, 1987 ; Rutter, 1985 ; Werner & Smith, 2001) ;
3. Le recours accru à la « logique des point forts » par les travailleurs sociaux (ex. : Saleebey, 1997). Cette pratique encourage les professionnels à exploiter les forces et les atouts des bénéficiaires plutôt que de se focaliser sur leurs défauts et leurs problèmes.

Un enfant peut devenir résilient grâce à des *facteurs de protection*, qui lui permettent de faire face à ses problèmes. Il s'agit par exemple de facultés inhérentes à l'enfant lui-même (comme une intelligence supérieure, de grandes qualités sociales ou encore une bonne estime de soi) ou provenant de son environnement (par exemple, des parents aimants et attentionnés, ou des services sociaux accessibles dans la communauté). Nous détaillerons ce point au prochain paragraphe. Il est essentiel de comprendre que la résilience, les facteurs de risque et de protection, le bien-être psychosocial, l'attachement, les stratégies d'adaptation et tous les aspects importants du développement de l'enfant sont liés entre eux et qu'ils s'influencent mutuellement de manière variée (mais pas toujours bien expliquée).

Les recherches en matière de résilience chez l'enfant laissent à penser qu'une approche préventive du développement de l'enfant est plus utile qu'une approche centrée sur les problèmes. Ces travaux suggèrent que si les facteurs de risque s'accumulent sans être contrecarrés par des facteurs de protection compensatoires, le bon développement de l'enfant est menacé. La famille, l'école, les pairs et la communauté jouent un rôle essentiel dans les efforts visant à stimuler la résilience chez les enfants (Kostek, 2005).

Dans ce contexte, il existe deux sortes de prévention (Rispen & Van Tuijl, 1994) :

1. Prévention des problèmes psychosociaux
2. Aide au bon développement des enfants

Tous les programmes de War Child sont d'abord préventifs. Nous cherchons à éviter les problèmes psychosociaux pouvant se développer à cause d'une enfance exposée à un conflit armé. De plus, en renforçant les facteurs de protection chez l'enfant et dans son environnement, nous visons à augmenter ses chances de se développer en bonne santé dans un territoire touché par la guerre.

1.6.3 Facteurs de risque et de protection

La présence de facteurs de risque et de protection joue un rôle important en matière de développement chez l'enfant. Les facteurs de risque sont ceux qui mettent en péril le développement de l'enfant, tandis que les facteurs de protection² favorisent un développement sain. Ces derniers sont des éléments sécurisants qui, au niveau de l'individu lui-même ou de son environnement, renforcent l'aptitude de l'enfant à résister aux événements stressants de la vie tout en stimulant ses compétences et sa capacité d'adaptation (Garmezy, 1983 ; Werner, 1990). Qu'ils soient de risque ou de protection, ces facteurs sont présents tant au niveau individuel que parental ou familial et communautaire ou sociétal. Ils sont souvent interconnectés et interdépendants.

Les facteurs de protection ne sont souvent que l'équivalent positif des facteurs de risque. A ceci près que ces derniers sont directement à l'origine de troubles tandis que les facteurs de protection n'opèrent qu'en présence d'un facteur de risque (Rutter, 1987). Cela signifie qu'un facteur de protection :

1. modifie la relation entre les risques et les problèmes de développement qui peuvent en découler (en annulant ou en réduisant ces risques)
2. est inefficace en l'absence de facteur de risque. Cela implique que la présence d'un facteur de protection donné n'aura d'influence significative sur l'apparition d'un comportement problématique que chez les individus à risque, et pas chez les autres.

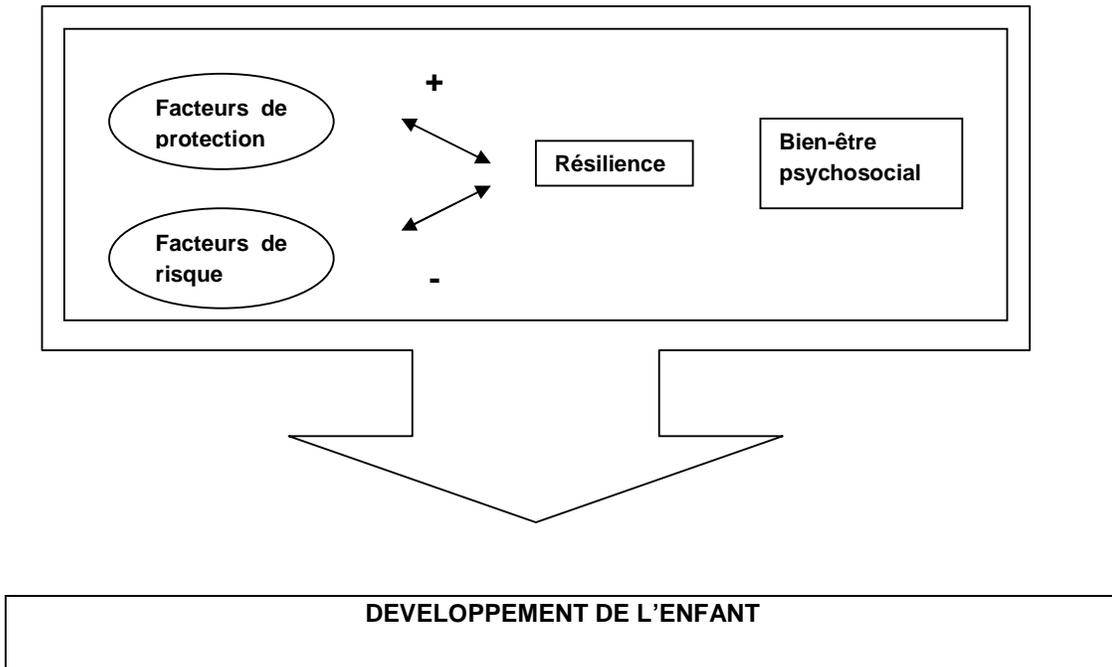
² Parfois appelés *processus protecteurs*; ce terme suppose que de tels facteurs ne peuvent avoir d'effet que s'ils s'étendent sur une certaine durée.

Pour résumer, on ne peut parler de facteur de protection que s'il y a diminution visible de l'effet dû à un risque existant (Groenendal & Van Yperen, 1994).

<p>Exemples de facteurs de <i>risque</i> chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prématurité, anomalies à la naissance • Maladie grave ou chronique • Tempérament (lenteur ou difficulté d'animation) • Handicap mental/faible intelligence • Traumatisme pendant la (petite) enfance • Attachement inséculaire • Caractère antisocial des pairs 	<p>Exemples de facteurs de <i>risque</i> au niveau parental ou familial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parent isolé (absence de soutien) • Sévérité excessive, maltraitance • Déstructuration familiale ; faible implication des parents • Absence de domicile fixe • Exclusion sociale, absence de soutien de la part de la communauté • Dépendance (alcool, drogue...) chez le(s) parent(s) • Psychopathologie chez le(s) parent(s) • Décès d'un parent, d'un frère ou d'une sœur 	<p>Exemples de facteurs de <i>risque</i> au niveau communautaire ou sociétal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté • Inaccessibilité des structures d'aide (soins médicaux, services sociaux, etc.) • Exposition à la violence dans la communauté, discrimination • Ecoles de mauvaise qualité • Exposition à des produits toxiques • Exposition à la violence à travers les médias • Eclatement communautaire et absence de cohésion sociale
<p>Exemples de facteurs de <i>protection</i> chez l'enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bonne santé • Facteurs personnels : tempérament facile ; débrouillardise ; estime de soi ; bonne sociabilité • Intelligence supérieure à la moyenne • Développement adéquat • Loisirs et centres d'intérêts • Bonnes relations avec les pairs 	<p>Exemples de facteurs de <i>protection</i> au niveau parental ou familial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attachement sécuritaire ; relations positives et chaleureuses entre parents et enfants • Soutien des parents quand l'enfant est en détresse • Règles et structures dans l'environnement familial ; surveillance de l'enfant par les parents • Soutien/implication de la famille élargie • Stabilité de la relation conjugale chez les parents • Capacité des parents à montrer l'exemple et bonnes facultés d'adaptation 	<p>Exemples de facteurs de <i>protection</i> au niveau communautaire ou sociétal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bonne conjoncture socio-économique • Accès aux soins et aux services • Logements appropriés • Foi religieuse et participation sociale • Ecoles de bonne qualité • Soutien d'adultes extérieurs à la famille

Les facteurs de risque ont un effet cumulatif sur le développement de l'enfant (Pollard, Hawkins & Arthur, 1999). Cela veut dire qu'un enfant déjà fragilisé par un facteur de risque est plus susceptible d'être exposé à d'autres facteurs de risque. Ainsi, la présence d'un attachement inséculaire (facteur de risque) expose davantage l'enfant à être victime d'abus (autre facteur de risque). Cependant, les facteurs de risque ne provoquent pas forcément des problèmes de développement, mais rendent plus probable l'apparition de comportements problématiques (Werner, 1990).

Le schéma ci-dessous illustre l'ensemble du processus affectant le développement psychosocial. La présence de flèches doubles montre que tous les aspects s'influencent mutuellement.



Pour de plus amples informations sur les facteurs de risque et de protection, voir au chapitre 4.

1.6.4 Stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation sont les aptitudes et facultés psychosociales que l'enfant acquiert et développe durant toute son existence, et qui l'aident lorsqu'il est confronté à de nouvelles situations.

On peut distinguer deux types de stratégies d'adaptation : les stratégies négatives (qui peuvent éventuellement nuire à l'enfant) et les stratégies constructives (qui favorisent son bon développement et son bien-être psychosocial).

Exemples de stratégies d'adaptation négatives :

- Comportement agressif et antisocial. Ce type de comportement peut aider un enfant ou un groupe d'enfants à surmonter une faible estime de soi ou un sentiment d'abandon, ainsi qu'à obtenir éventuellement un certain statut social et une certaine sécurité. Il peut aussi, à terme, conduire à l'isolement, à la criminalité et compromettre les futures capacités de l'enfant ;
- Abus d'alcool et de drogues. Bien que la consommation de ces produits puisse aider à combattre le stress, elle finit par avoir des conséquences néfastes pour l'enfant, par exemple sous la forme d'isolement social ou de lésions cérébrales.
- Enfermement sur soi. Encore une fois, le fait de se couper du monde extérieur peut s'avérer utile à l'enfant pour surmonter une situation difficile, mais en fin de compte, cette attitude conduit à l'isolement et à la carence sociale.

- Création d'identités fictives. Il s'agit d'un phénomène bien connu, quoique très rare, qui se produit parfois chez les enfants victimes de maltraitance. Certains s'inventent des personnalités distinctes, dans lesquelles ils se réfugient comme pour tenter d'éviter de souffrir davantage. Ce procédé peut conduire plus tard à de graves problèmes psychologiques.

Exemples de stratégies d'adaptation constructives :

- Capacité à partager ses pensées et ses sentiments avec autrui (facultés de communication). Ce mécanisme peut aider l'enfant à se sentir moins seul et à trouver du réconfort dans l'idée qu'il n'est pas livré à lui-même au moment de vivre de nouvelles expériences ;
- Aptitude à résoudre les problèmes. Il est très utile de pouvoir analyser une situation et de définir les étapes menant à la résolution d'un problème. Cette capacité est souvent liée à de bonnes facultés cognitives.
- Expression de soi. La possibilité de s'exprimer par la parole, le jeu, les arts plastiques, la musique ou d'autres activités donne à l'enfant l'impression de maîtriser la situation. Elle permet aussi de vivre ses émotions et d'évacuer le stress qui peut en résulter ;
- L'empathie. C'est ce qui permet de se mettre à la place de quelqu'un d'autre et d'imaginer ce que ressent cette personne. Cette aptitude est essentielle dans notre vie de tous les jours, car nous vivons en permanence avec les autres. Le fait de comprendre les pensées, les souhaits et les émotions d'autrui peut permettre à l'enfant de réagir comme il faut au contact des autres et de surmonter des situations difficiles ;
- La capacité de nouer des relations de confiance. Cette aptitude (largement liée à un bonne qualité d'attachement dans les premières années d'existence) est d'une importance vitale. Les enfants ont besoin de faire confiance aux autres pour survivre et se développer correctement.

Chapitre 2 Développement de l'enfant : évolution et conséquences d'un développement normal

2.1 Introduction

Ce chapitre offre une vue d'ensemble des différentes étapes que franchit l'enfant au cours de son développement. Il ne prétend pas être exhaustif, mais devrait donner au lecteur une idée de ce qu'il faut attendre d'un enfant à des âges différents. Encore une fois, il convient de se rappeler qu'il ne s'agit ici que de généralités : chaque enfant possède son propre rythme et sa propre manière d'exprimer certains comportements, certaines émotions et certaines facultés cognitives. Les circonstances familiales, communautaires et sociétales, ainsi que les habitudes culturelles, peuvent avoir une influence sur la manière dont les enfants accomplissent éventuellement certaines tâches de développement. En tout cas, les informations contenues dans ce chapitre fourniront aux équipes de War Child sur le terrain des points de repères simples et clairs pour l'observation des enfants et l'analyse de la situation où ils se trouvent.

*Structure du présent chapitre*³

Pour chaque âge, nous décrirons les principales tâches de développement devant être accomplies par l'enfant et les progrès réalisés dans différents domaines de développement comme les relations sociales, les connaissances, le langage et la communication, l'expression de soi (y compris le jeu et la fantaisie), la régulation des émotions et du comportement (y compris les stratégies d'adaptation) ainsi que le développement moral et identitaire.

2.2 Le développement du nourrisson (de la naissance à 12 mois)⁴



(Bébé soudanais)

La première année de vie est une période d'extrême vulnérabilité et de complète dépendance, mais aussi de croissance fulgurante. Vous avez dû vous en rendre compte vous-même après une naissance dans votre entourage familial : si vous revoyez le bébé quelques semaines seulement après votre première visite, vous aurez des difficultés à le reconnaître tellement il a grandi ! L'enfant a besoin d'un attachement sécurisé avec son ou ses aidants principaux pour maîtriser progressivement

³ Sauf mention contraire, les informations contenues dans ce chapitre sont tirées des chapitres 5 à 12 de *Child Development: a practitioner's guide*, de Douglas Davies, Guildford Press, New York, 2004.

⁴ Bien que la période de 0 à 4 ans ne constitue pas une catégorie d'âge pour War Child, nous nous y intéresserons également. Les professionnels de War Child doivent au moins pouvoir disposer d'une connaissance de base à propos de cette période, car celle-ci aura des conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant. Dans ce domaine, les parents et les aidants doivent également pouvoir faire appel à l'expertise des équipes en place.

ses mouvements et doit acquérir la faculté de réguler (de maîtriser) son état d'excitation et ses émotions.

Exemples d'aptitudes acquises par l'enfant entre **0 et 4 semaines** :

- Il réagit à ce qu'il voit et ce qu'il entend ;
- Il réagit à la voix humaine et aux visages ;
- Il reconnaît son aidant principal ;
- Il fait la différence entre stimuli habituels et nouveaux stimuli ;

Exemples d'aptitudes acquises par l'enfant dans les **3 premiers mois** :

- Il développe la capacité de maîtriser ses rythmes corporels/physiologiques (avec le soutien de l'aidant) :
 - Cycle veille/sommeil et alimentation
- Interactions avec les aidants :
 - Il maintient plus longtemps son attention sur un aidant principal ;
 - Il sourit à autrui ;

Exemples d'aptitudes acquises par l'enfant de **3 à 6 mois** :

- Il établit des liens d'attachement :
 - Il reconnaît à chaque fois ses aidants principaux ;
 - Il montre une préférence manifeste pour les interactions avec ses aidants principaux ;
 - Il réagit au comportement ludique des aidants ;
- Il développe son aptitude à jouer :
 - Dans des jeux interactifs et des jeux de bébé avec ses aidants principaux ;
 - Dans des jeux d'exploration avec ses aidants principaux ;
 - En utilisant ses sens ;
- Il développe ses capacités physiques – maîtrise des fonctions corporelles :
 - Il redresse la tête et la maintient en place ;
 - Il tend la main vers les objets et les attrape ;
 - Il coordonne ses gestes et son regard ;
 - Il coordonne les mouvements de ses mains ;
- Il développe sa capacité à mémoriser :
 - Il peut indiquer sa préférence pour certains types d'interaction ou de jeu.

Enfin, exemples d'aptitudes acquises par l'enfant de **6 à 12 mois** :

- Il s'intéresse davantage à ses relations avec les autres, à son propre corps et au monde qui l'entoure ;
- Le jeu prend de l'importance :
 - L'enfant prend l'initiative des échanges ludiques plutôt que de dépendre de l'aidant à cet égard.
- Ses capacités motrices prennent progressent :
 - Ramper, avancer à quatre pattes, déambuler et marcher.
- Sa mémoire se développe :
 - Il peut se souvenir d'un objet qu'il a vu, même si celui-ci n'est plus devant ses yeux.
- Il apprend :
 - à suivre des indications simples, à réagir aux paroles et aux gestes des parents ;
 - par imitation : il apprend à accomplir certaines choses en observant ceux qui s'occupent de lui.
- Ses aptitudes au langage et à la communication se développent :
 - Dans un premier temps : gazouillements et babillage ;

- Par la suite : communication gestuelle (regarder et montrer du doigt) ;
- Enfin : compréhension et prononciation des premiers mots.
- Son identité prend forme
 - Sentiment de maîtriser ses actions et les échanges avec ses aidants ;
 - Sentiment d'estime de soi après avoir réussi à atteindre un objectif ;
 - L'acquisition d'un sentiment d'identité est fortement liée à la réactivité des aidants.

A propos des bébés dans le monde:

- Chaque année, dans les pays développés, naissent plus de 20 millions de bébés au poids insuffisant, qui risquent de mourir en bas âge (OMS, 2005);
- La mortalité infantile dans le monde a diminué de deux tiers depuis 1950 (www.pionline.org);
- Dans les pays développés, plus de 300 millions de femmes souffrent, à court, moyen ou long terme, de pathologies consécutives à la grossesse ou à la naissance. 529 000 d'entre elles meurent chaque année (OMS, 2005);
- Six pays regroupent à eux seuls plus de 50% des décès infantiles: la Chine, la RD du Congo, l'Ethiopie, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan (OMS, 2005);
- A l'échelle mondiale, une femme donne naissance à 2,69 enfants, contre 4,97 au début des années 60 (OMS, 2005).

2.3 Le développement du tout jeune enfant (de 1 à 3 ans)



(Petit enfant bosniaque)

A cet âge, on voit que l'enfant réussit progressivement à faire de plus en plus de choses tout seul et cela, de mieux en mieux. La position debout lui apporte un nouveau point de vue, moins restreint, sur le monde. Ses facultés motrices, toujours plus efficaces, lui permettent d'entreprendre toutes sortes de nouvelles actions. Ses progrès cognitifs, associés à sa curiosité et à sa volonté, renforcent son désir de connaître et de comprendre tout ce qu'il voit. Mais les tout jeunes enfants sont partagés entre deux tendances : d'un côté, maintenir les liens d'attachement et, de l'autre, partir à la découverte du

monde et de soi-même (Bowlby, 1969). Parmi les principales tâches liées au développement durant cette période, il y a : trouver le juste équilibre entre attachement et exploration, tandis que s'opère progressivement un processus d'autonomisation et d'individualisation ; intérioriser les normes et les valeurs parentales ; développer des capacités à symboliser, à travers la représentation mentale, le jeu et la communication.

Attachement

- L'attachement sécure avec les aidants principaux fournit une base :
 - au développement ultérieur du sentiment d'identité (voir ci-dessous) ;
 - à la mise en place d'un comportement d'auto-consolation pour gérer la séparation (à l'exemple de l'ours en peluche sur la photo ci-dessus) ;
 - au choix d'un modèle de comportement ;
 - à l'aide apportée à l'enfant pour affronter les situations stressantes ;
 - à l'aide apportée à l'enfant pour comprendre le monde ;
 - à la stimulation du langage et de la communication ;
 - au développement d'un comportement autonome (indépendant).

Développement social

- L'enfant est limité dans sa capacité à partager ou reconnaître les intentions et les sentiments des autres, en raison de :
 - sa vision égocentrique (centrée sur soi) du monde ;
 - son besoin de se sentir indépendant et maître de la situation.
- En jouant avec ses pairs, l'enfant commence à comprendre ce que sont les relations sociales ;
- L'enfant commence à se faire une idée des normes sociales en imitant le comportement de ses aidants.

Développement cognitif

- L'enfant montre une aptitude à observer et à imiter les autres ;
- Il cherche à découvrir et comprendre le monde ;
- Il prend conscience de ce que l'on attend de lui, en s'appuyant sur :
 - le souvenir d'expériences vécues ;
 - l'idée que l'on ne peut pas toujours satisfaire aux attentes.
- Il se met à définir des objectifs et à faire des projets en toute conscience :
 - l'enfant est capable de formuler ses projets ;
 - l'enfant est capable de s'en souvenir consciemment ;
 - l'enfant est capable de persévérer dans ses tentatives à les réaliser.

Langage et communication

- L'enfant enrichit progressivement son vocabulaire ;
- Il manifeste clairement la volonté de communiquer ses expériences ;
 - les limites de l'expression par la parole forment une source de frustration et de colère ;
 - le langage se développe rapidement.
- Il fait des phrases à deux ou trois mots ;
- Il utilise le langage pour comprendre le monde :
 - en posant des questions ;
 - en racontant ses expériences ;
 - en se parlant à lui-même.

Jeu et communication symbolique

- L'enfant se lance à la découverte des matériaux et de la fonction des objets ;
- Il joue à « faire comme si » :
 - en mimant des occupations quotidiennes (exemple : faire semblant de manger) ;
 - en imitant le comportement des aidants.
- Il donne une dimension symbolique au jeu :
 - en se servant d'un objet pour un autre (exemple : faire comme si le balai était un cheval) ;
 - en utilisant le jeu pour commenter et raconter ses expériences ;
 - en utilisant le jeu pour représenter certaines réactions à des situations de stress ;
 - en se servant du jeu comme d'une soupape émotionnelle dans des situations de stress. Les enfants s'expriment souvent mieux à travers le jeu qu'au moyen de mots.

Mise en place de stratégies d'adaptation

- Les enfants ne disposent que de moyens limités pour gérer les situations stressantes et difficiles. C'est pourquoi ils comptent encore sur le soutien de leurs aidants ;
- Leurs stratégies d'adaptation incluent :
 - Le contrôle des émotions à travers les relations avec les aidants ;
 - Le jeu en tant que moyen de maîtriser/gérer le stress ;
 - Le langage en tant que moyen d'exprimer la détresse ;
 - L'imitation et l'intériorisation de la manière dont les aidants maîtrisent leur angoisse.

Développement moral

- L'enfant commence à faire la différence entre ses désirs et les limites imposées par les aidants :
 - le désir de l'enfant d'explorer son environnement est si fort que les aidants doivent freiner son comportement, de manière à le protéger des risques.
- L'enfant commence à intérioriser les règles fixées par ses aidants :
 - en particulier quand leur manière d'approuver ou de désapprouver son comportement provoque chez lui de vives émotions ;
 - il essaie de maîtriser son comportement afin d'obtenir l'approbation de ses aidants et d'éviter les punitions.
- L'enfant commence à intérioriser les normes et les modèles définis par ses aidants :
 - L'évaluation de ses propres actes lui procure un sentiment de bien-être s'il s'est bien comporté, et de malaise dans le cas contraire ;
 - Il commence à adopter le comportement que ses aidants attendent de lui.
- L'enfant se met à présenter un comportement prosocial et montre sa capacité à ressentir de l'empathie ou de la compassion pour les autres :
 - il commence à consoler ses pairs en situation de détresse ;
 - il commence à freiner son comportement agressif.

Développement identitaire

- Le sentiment de sa propre importance s'accroît chez l'enfant :
 - il commence à insister pour que les choses se passent comme il le veut ;
 - il commence à poursuivre ses propres objectifs.
- L'enfant progresse dans la reconnaissance de soi :
 - Il apprend à se reconnaître dans le miroir.
- Egocentrisme :

- l'enfant a tendance à considérer ses propres besoins et points de vue comme plus importants que ceux des autres ;
- il prend peu à peu conscience que les autres ont des idées, des sentiments et des intentions pouvant différer des siens.
- Début de la séparation-individuation (en rapport avec l'attachement aux aidants principaux) :
 - L'enfant devient plus sensible à l'angoisse de la séparation et tend à présenter un comportement d'attachement.
- Début du sentiment d'identité :
 - Comportement indépendant/autonome ;
 - Emploi des mots « je », « moi », « mon/ma/mes », « mien(ne)(s) » ;
 - Prise de conscience des différences de sexe.

2.4 Le développement de l'enfant d'âge préscolaire (de 3 à 6 ans)



(Jeunes enfants ougandais)

L'âge préscolaire est une période de grande transition en matière de développement. L'enfant n'est plus ce petit être égocentrique limité dans sa compréhension de lui-même et du monde, mais devient un individu plus semblable aux adultes, en ce sens qu'il est capable de penser logiquement, de se maîtriser et de ressentir de l'empathie envers les autres. Sur le plan cognitif, l'enfant en âge préscolaire passe progressivement à une pensée plus logique, montre une certaine intelligence des liens de cause à effet et sait faire la distinction entre imaginaire et réalité. L'un des principaux effets de ces changements cognitifs est que l'enfant, avant l'âge de six ans, a une image de lui qui est plus proche de la réalité. Les rapports avec ses pairs commencent à l'intéresser fortement et ont des répercussions sur son développement. Lors des jeux et des échanges avec ses pairs, il accroît ses capacités à l'empathie, à la mise en perspective, à la négociation et à la coopération, tout en découvrant les agréments de l'amitié.

Attachement

- Les liens d'attachement entre l'enfant et ses aidants principaux sont bien ancrés ;
- L'enfant commence à verbaliser ses besoins quant aux liens d'attachement avec ses aidants, plutôt que de les exprimer à travers ses actions ;
- L'enfant apprend à mieux supporter la séparation, grâce à :
 - une mémoire plus développée ;
 - une meilleure notion du temps, qui lui permet de mieux évaluer le moment du retour d'un parent.
- Les liens d'attachement s'étendent aux rapports avec les aidants autres que les parents, et les pairs.

Développement social

- La sociabilisation se fait par le biais d'échanges et de jeux avec les pairs :

- sous forme de négociations à propos de scénarios de jeux ;
- par des conflits entre pairs ;
- par la compétition entre pairs et l'exclusion de certains membres du groupe.
- L'interaction prosociale se renforce et devient plus fréquente, à travers :
 - une identification aux adultes jouant un rôle de modèle ;
 - une empathie croissante envers les autres et une meilleure compréhension de leur point de vue.
- L'interaction entre pairs et l'exposition à des valeurs prosociales dans un cadre préscolaire :
 - accroissent la capacité à coopérer et à partager ;
 - développent la faculté à résoudre les problèmes ;
 - affaiblissent l'égoïsme ;
 - renforcent l'identification de l'enfant avec les pairs, ce qui l'encourage à rendre agréables les échanges qu'il a avec eux.
- On constate une multiplication des amitiés reposant sur des intérêts communs dans le jeu.

Langage et communication

- Le vocabulaire de l'enfant s'enrichit progressivement (environ 50 mots nouveaux par mois) ;
- Il commence à parler de façon claire et compréhensible ;
- Il est capable de former des phrases grammaticalement complexes comportant 8 à 10 mots ;
- Il commence à faire intervenir le langage dans son comportement et dans ses jeux :
 - en décrivant ce qu'il fait et en se donnant des ordres à haute voix ;
 - en recourant plus souvent à la parole pour prendre contact et résoudre les conflits pendant les échanges avec les autres.
- Les échanges ludiques commencent à dépendre du langage ;
- Le langage devient pour l'enfant le principal moyen de communiquer autrement que par l'action.

Jeu et communication symbolique

- Le jeu de l'enfant prend un tour imaginaire, théâtral et interactif :
 - par l'exploration de la réalité et des rôles sociaux ;
 - par la gestion du stress ;
 - par l'expression de fantasmes et de souhaits ;
 - par l'expression de pulsions négatives, interdites ou « impossibles ».
- Il fait nettement la distinction entre le jeu « pour de vrai » et le jeu « comme si » :
 - ce qui l'aide à différencier l'imaginaire et la réalité.
- Le jeu lui fournit l'occasion d'exercer ses facultés cognitives, telles que :
 - la notion des liens de cause à effet ;
 - l'invention d'histoires ;
 - la mise en perspective, le choix d'un point de vue sur la réalité ;
 - la résolution de problèmes ;
 - la recherche d'interprétations différentes de la réalité.

Développement cognitif

- La mémoire de l'enfant s'améliore, ce qui lui permet de mieux :
 - se souvenir d'une nouvelle information ;
 - classer une nouvelle information ;
 - voir les choses dans leur ensemble/généraliser.
- Il progresse dans sa capacité à comprendre les causes et les effets :
 - ses essaie de plus en plus souvent de trouver une relation causale entre des événements ;

- son aptitude à penser logiquement étant limitée, il se peut qu'il confonde les causes et les effets, surtout quand des émotions incontrôlées viennent perturber son raisonnement ;
- Il continue de penser de manière égocentrique (centrée sur lui-même) :
 - ce qui freine sa bonne compréhension de la réalité ;
 - ce qui l'empêche d'adopter un point de vue différent sur la réalité ;
 - ce qui provoque chez lui une inversion des causes et des effets ;
 - ce qui fait qu'il s'attribue la responsabilité d'un événement (il se reproche ce qui est arrivé).
- Il mélange fréquemment l'imaginaire et le réel :
 - quand sa pensée subit l'influence d'émotions soudaines ;
 - quand il faut trouver une information « cachée » (ex. : comment une graine se transforme en plante, comment naissent les enfants, pourquoi on est en train de se disputer).

Mise en place de stratégies d'adaptation :

- l'enfant a de plus en plus le sentiment qu'il maîtrise la situation et devient moins sensible à l'anxiété ;
- il contrôle mieux ses pulsions/ses besoins ;
- il communique mieux, ce qui lui procure des points de repères ayant trait aux règles, aux interdits et à ce qu'on attend de lui ;
- face à des préoccupations réelles et des situations d'angoisse, il est capable d'effectuer un transfert par le biais de jeux d'imagination ;
- ses stratégies d'adaptation comprennent : le refus, la régression.

Développement moral

- L'enfant se comporte suivant des règles rappelées et réaffirmées par les adultes :
 - elles s'appliquent à l'école ou à la maison ;
 - l'enfant éprouve des difficultés à respecter les règles d'un jeu (émotionnellement, il ne peut supporter de perdre et considère que l'imagination stimulée par le jeu est plus importante que les règles).
- L'enfant maîtrise mieux son comportement négatif ou impulsif, car :
 - il veut conserver l'amitié de ses pairs ;
 - il souhaite l'approbation de ses pairs/des adultes.
- L'enfant intègre progressivement les valeurs morales grâce à :
 - un contrôle permanent de la part des aidants, qui fixent des limites et complimentent l'enfant quand il se comporte bien ;
 - des attentes accrues de la part des aidants ;
 - l'identification de l'enfant aux valeurs de ses aidants ;
 - une plus grande capacité à ressentir de l'empathie/de la compassion pour les autres ;
 - une tendance accrue à s'orienter vers ses pairs (*voir plus haut*).
- L'enfant intègre graduellement des valeurs morales, ce qui conduit à :
 - l'apparition d'une conscience propre ;
 - la faculté à distinguer le bien du mal ;
 - un contrôle de son propre comportement, même si ce n'est pas toujours de manière cohérente ;
 - un sentiment de culpabilité en cas de mauvais comportement – la culpabilité se développe en tant qu'émotion distincte.

Développement identitaire

- L'estime de soi se développe grâce à :
 - l'amour et le soutien des aidants ;
 - de meilleures aptitudes et capacités ;
 - une plus grande indépendance ;
 - des facultés d'adaptation plus poussées.
- L'enfant s'identifie de plus en plus aux autres :
 - il essaie de ressembler à ses aidants ;
 - il adopte aussi certaines particularités de ses aidants.
- L'enfant est de plus en plus conscient du sexe auquel il appartient :
 - y compris à travers le rôle (masculin ou féminin) défini par sa culture et assumé lors du jeu ou des rapports avec ses pairs.
- L'enfant est de plus en plus conscient de l'identité sexuelle :
 - il s'intéresse de plus en plus à ce qui est sexuel et manifeste une certaine fascination pour le corps et la masturbation ;
 - il éprouve à la fois de la curiosité et de l'anxiété face aux différences sexuelles.
- L'enfant est de plus en plus conscient de l'identité ethnique :
 - les enfants appartenant à une minorité prennent conscience des stéréotypes raciaux ;
 - les effets de cette prise de conscience dépendent de l'expérience vécue par l'enfant en ce qui concerne les stéréotypes (une expérience positive stimule l'estime de soi).

A propos des enfants d'âge préscolaire dans le monde :

- Chaque année, près de 11 millions d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans (la plupart dans les pays en voie de développement; $\frac{3}{4}$ en Afrique Subsaharienne et en Asie du Sud (OMS, 2005);
- En 2003, 12 millions d'enfants d'Afrique méridionale sont devenus orphelins; ce chiffre devrait atteindre 18 millions en 2010 (OMS);
- Dans la plupart des cas, les décès d'enfants de moins de cinq ans sont imputables à quelques situations qui pourraient être évitées grâce aux moyens existants : infection aiguë des voies respiratoires respiratoire inférieures, principalement la pneumonie (19% des décès), diarrhée (18%), malaria (8%), rougeole (4%), VIH/SIDA (3%) ainsi que de mauvaises conditions néonatales, principalement la prématurité, l'asphyxie à la naissance et diverses infections (37%) (OMS, 2005);
- En l'an 2000, 55% des enfants d'âge préscolaire souffraient d'un retard de croissance. 56% présentaient une insuffisance pondérale (OMS).

2.5 Seconde enfance (de 6 à 11 ou 12 ans)



(Ecoliers afghans)

L'enfant d'âge scolaire semble plus calme, un peu plus sérieux et moins spontané qu'à l'âge préscolaire. Il se met progressivement à considérer le monde comme un lieu soumis à des lois et des coutumes propres, qu'il doit apprendre à connaître et à assimiler. L'enfant passe d'une vision entièrement centrée sur lui-même à l'idée que le monde est une réalité complexe où il doit trouver sa place. L'imagination et le jeu restent importants pour l'enfant d'âge scolaire, mais son sentiment d'identité se met lentement en place à mesure qu'il acquiert de nouvelles facultés d'apprentissage. Les enfants d'âge scolaire apprennent que la réussite passe par l'entraînement, ce qui explique leur enthousiasme et leur détermination lors de l'acquisition de nouvelles aptitudes. La seconde enfance se caractérise également par la capacité de l'enfant à rester maître de lui-même, à garder son calme et son éducatibilité (Sarnoff, 1976). Parmi les principales tâches de développement d'ordre général, on compte : la mise en place et l'utilisation d'un sentiment de calme, l'éducatibilité et la maîtrise de soi ; l'acquisition d'aptitudes adaptées au monde réel et du sentiment d'être compétent ; la capacité de se faire une place parmi ses pairs.

Attachement

- Dans des situations extrêmement stressantes (comme un conflit armé ou une période de transition liée par exemple au passage à la grande école), l'enfant peut de nouveau rechercher la présence d'aidants principaux ;
- Dans des situations de stress modéré, l'enfant trouvera lui-même une façon de s'adapter ;
- L'enfant reste fidèle aux rituels qui symbolisent l'attachement : petite histoire avant de dormir, gestes d'affection, etc. ;
- Les besoins d'attachement de l'enfant s'expriment de plus en plus dans le cadre de liens d'amitiés avec ses pairs.

Développement social

- L'enfant se tourne de plus en plus vers ses pairs :
 - mise en place de liens d'amitié ;
 - acquisition d'aptitudes sociales (ex. : partage, négociation, etc.) ;
 - mise en place de normes et d'une hiérarchie à l'intérieur du groupe de pairs ;
 - meilleure compréhension des rôles et des comportements attribués à chaque sexe.
- L'interaction prosociale se renforce :
 - l'enfant intègre les valeurs de ses aidants et de ses pairs ;

- il est mieux à même de mettre les choses en perspective – il saisit le point de vue des autres et comprend ce qu'ils attendent de lui sur le plan social ;
- il a une idée plus nette des sentiments et des intentions d'autrui.

Langage et communication

- l'enfant sait désormais utiliser la syntaxe (structure de la langue) et la grammaire ;
- il comprend de mieux en mieux les nuances de sens ;
- il comprend de mieux en mieux les difficultés grammaticales ;
- il arrive de mieux en mieux à exprimer par des mots ses pensées et ses sentiments ;
- l'enfant progresse sur le plan narratif : il peut raconter une histoire bien structurée ;
- il comprend de mieux en mieux les jeux de mots, les plaisanteries, les façons de parler, les métaphores.

Jeu et imagination

- Principaux aspects concernant le jeu :
 - acquisition d'aptitudes physiques et de facultés intellectuelles ;
 - plaisir et expression des émotions ;
 - planification et élaboration de stratégies
- Le jeu d'imagination est de plus en plus ritualisé et soumis à des règles :
 - l'enfant transpose ses sentiments et ses désirs dans des scénarios de fiction ;
 - il s'imagine dans des rôles plus compétents ou plus adultes.
- L'intérêt pour les collections et les passe-temps se renforce.

Développement cognitif

- meilleure notion de la réalité ;
- capacité à réfléchir et d'analyser les expériences passées ;
- meilleure compréhension des liens de cause à effet ;
- capacité à recourir à la logique pour comprendre la réalité ;
- recul de l'égoïsme (l'enfant est moins centré sur lui-même) :
 - il cesse de penser que le monde tourne autour de sa personne ;
 - il peut faire la différence entre une réalité objective et une réalité subjective.
- Acquisition d'aptitudes cognitives :
 - faculté d'organisation spatiale et visuelle ;
 - orientation dans le temps ;
 - distinction entre la partie et le tout.
- Développement de la mémoire :
 - mieux à même d'enregistrer et de classer ses souvenirs, l'enfant progresse dans l'accomplissement de tâches scolaires.

Mise en place de stratégies d'adaptation

- L'enfant utilise ses aptitudes cognitives pour se sentir maître de soi :
 - en réfléchissant d'abord et en freinant ainsi ses impulsions ;
 - en essayant consciemment de rester concentré sur les objectifs à atteindre.
- L'enfant limite son comportement impulsif :
 - pour obtenir l'approbation de ses pairs ;
 - en intégrant les valeurs, les règles, les normes sociales et les attentes d'autrui à son égard (développement d'une conscience) ;
 - en étant capable de reconnaître et d'accepter des points de vue opposés.

- Les stratégies psychologiques d'adaptation élaborées par l'enfant gagnent en efficacité dans sa lutte contre l'angoisse (stress, peurs).

Développement moral

- Développement d'une conscience (*voir plus haut*) ;
- Compréhension rationnelle des raisons et des normes qui mènent à un comportement correct ;
- Empathie et meilleure compréhension d'autrui ;
- L'acceptation par l'enfant de l'autorité et des normes sociales l'encourage à respecter les règles et à répondre aux attentes des autres à son égard.

Développement identitaire

- L'estime de l'enfant pour lui-même dépend en partie de :
 - la conscience qu'il a de ses propres aptitudes et capacités ;
 - son statut parmi ses pairs ;
 - sa capacité à se maîtriser (en canalisant ses impulsions et son comportement) ;
 - sa capacité à se faire plaisir et non pas seulement à essayer de plaire aux autres.
- L'enfant s'identifie à ses aidants, à d'autres adultes et à ses pairs en tant que modèles ;
- L'enfant devient de plus en plus conscient de :
 - ses propres particularités (il fait aussi la différence entre ses particularités présentes et passées) ;
 - des attentes à son égard selon le genre auquel l'enfant appartient ;
 - son identité raciale et ethnique (et des stéréotypes négatifs qu'on lui applique).

A propos des enfants d'âge scolaire dans le monde:

- Dans les pays en voie de développement, 55% des garçons et 46% des filles en âge d'aller à l'école sont scolarisés. La différence est la plus grande en Asie du Sud, où 65% des garçons, mais seulement 50% des filles vont à l'école (UNICEF, 2000);
- Mondialement, plus de 130 millions d'enfants entre six et onze ans ne vont pas à l'école. Près de 60% d'entre eux sont des filles (UNICEF, 2000);
- On estime que 7 millions d'enfants de moins de 14 ans sont forcés à travailler (Coalition d'Asie du Sud contre la servitude des enfants);
- On estime que 10 à 20% des enfants dans le monde présentent au moins un trouble de type mental ou comportement (OMS).

2.6 Adolescence (de 11-12 ans à 18 ans)⁵



(Adolescentes israéliennes)

On a souvent décrit l'adolescence comme une période « de tourmente et de tension » (Hall, 1904). L'image est sans doute quelque peu exagérée, puisque la plupart des jeunes traversent cette période sans trop de difficultés, mais l'adolescence n'en reste pas moins une étape très sensible où les enfants subissent des changements importants sur le plan du développement physique, social et psychologique. Pendant cette ultime phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte, les adolescents ont besoin d'affirmer leur indépendance, de se faire une idée claire de leur identité (sexuelle en particulier) et d'améliorer leur capacité à penser de manière abstraite. En atteignant l'âge de se reproduire, ils passent par d'importants changements au niveau du corps et des hormones. Le premier signe visible du début de la puberté (les changements physiologiques qui mènent à la maturité sexuelle) est une poussée de croissance pendant laquelle filles et garçons grandissent plus vite qu'ils ne l'on jamais fait depuis leur prime enfance. Presque toutes les sociétés connaissent la notion d'adolescence. Dans la plupart d'entre elles, l'adolescence est marquée par des cérémonies d'initiation, ou rites de passage, qui constituent de grands événements publics (Schlegel et Barry, 1991; Delaney, 1995).

Attachement

- Le besoin d'établir des liens de confiance se fait sentir ; l'adolescent recherche des individus en qui avoir confiance et à qui il peut montrer qu'il est lui-même digne de confiance :
 - l'adolescent commencera par chercher parmi ses amis une personne du même sexe qu'il admire et à qui il peut faire confiance ;
 - plus tard, il se tournera vers des partenaires qui lui plaisent et qui l'aiment.
- Le besoin d'établir des liens de confiance s'étend au reste du monde (recherche d'idéologies politiques et de leaders dignes d'être soutenus) ;
- La séparation (d'avec des aidants ou des amis) peut avoir de graves répercussions. Parmi les réactions possibles, on note :
 - le refus de s'engager en quoi que ce soit ;
 - le manque d'enthousiasme pour l'école ;
 - l'absence de tout espoir face à l'avenir ;
 - le désintéressement envers les amitiés nouvelles ou établies.

Développement social

- L'adolescent cherche un équilibre entre :
 - ses propres désirs et façons de faire ;

⁵ Sauf mention contraire, les informations contenues dans ce paragraphe sont tirées des chapitres 16 et 17 de *The Development of Children*, de Michael et Sheila Cole (1989).

- les attentes et exigences exprimées par les aidants ;
- les attentes de la communauté ;
- les règles et les normes édictées par le groupe de pairs (pression des pairs).
- La connaissance de soi s'améliore par des réflexions en commun avec des amis proches :
 - Les jeunes gens préféreront peut-être discuter de leurs problèmes, de leurs sentiments, de leurs craintes et de leurs doutes avec leurs meilleurs amis plutôt qu'avec leurs parents.

Langage et communication

- Le langage se complexifie :
 - par l'emploi de termes et de notions plus difficiles ;
 - grâce à la faculté de comprendre et de verbaliser les sentiments et les pensées.
- En parallèle, l'adolescent peut se sentir souvent « mal compris » par ses amis, ses parents et les membres de sa famille au sens large (et parfois éprouver de la difficulté à se comprendre lui-même !).

Jeu et imagination

- Les situations imaginées sont souvent très proches, mais en même temps très éloignées de la réalité :
 - on se figure que l'on est la star de l'école ou le meilleur footballeur de l'équipe, etc. ;
 - les adolescents fantasment souvent sur certains héros ou célébrités qu'ils peuvent aimer, adorer et idolâtrer ;
 - leurs rêves sont de plus en plus marqués par les désirs et les fantasmes sexuels.
- Le jeu devient toujours plus social et ritualisé :
 - à travers des activités extrascolaires comme le sport, le théâtre, les cours de dessin, les maisons de jeunes, etc. ;
 - le jeu est aussi une manière d'évacuer le stress et de libérer son énergie ;
 - c'est aussi une façon d'affirmer sa propre identité et d'exprimer ses propres centres d'intérêt auprès de pairs avec qui l'on a des affinités ;
- Les adolescents veulent être pris au sérieux dans leurs jeux, à l'école, au travail, dans les corvées ménagères, etc. ;
 - ils n'acceptent plus que leurs aidants leur proposent des activités ;
 - ils ont besoin de prendre une part active aux décisions concernant leurs propres activités ainsi qu'à l'organisation de celles-ci.

Développement cognitif

- Mise en place de stratégies plus efficaces pour résoudre les problèmes ;
- Meilleure capacité à utiliser des notions abstraites du langage :
 - l'adolescent est capable de comprendre et de relier entre elles deux notions abstraites et de repérer les inexactitudes et les contradictions.
- Conception plus claire de ce qui est possible :
 - l'adolescent envisage des alternatives auxquelles il n'aurait pas pensé immédiatement ;
- Projection plus systématique dans le futur:
 - l'adolescent pense à ce qu'il fera à l'âge adulte.
- Réflexion plus poussée au moyen d'hypothèses :
 - l'adolescent raisonne en créant et en vérifiant ses propres théories et suppositions.
- Approfondissement de la réflexion sur les idées :
 - Les pensées de l'adolescent sur la formation de ses propres idées se complexifient.
- Dépassement des frontières intellectuelles fixées par les conventions :

- l'adolescent remet en question les idées portant sur des sujets essentiels comme les relations sociales, la morale, la politique et la religion ;
- ce phénomène peut expliquer l'idéalisme des jeunes et leur besoin de se trouver des héros.

Maîtrise de soi

- Les adolescents sont souvent sujets à des sautes d'humeur (ils sont heureux à un moment donné, mais tristes aussitôt après) en raison de tous les changements psychiques et physiques qui s'opèrent en eux :
 - cela peut conduire les adolescents à un penchant pour l'abus d'alcool et de drogue (des problèmes de formation de l'identité et la pression des pairs pouvant aussi jouer un rôle).
- En raison d'un manque de maîtrise de soi, les adolescents sont bien plus susceptibles d'avoir des accidents ou de se donner la mort (accidentellement) ;
- Les adolescents cherchent à maîtriser leurs désirs sexuels :
 - si les adolescents ont souvent une intense énergie sexuelle, il est important qu'ils trouvent un moyen de la canaliser de manière à conformer leur comportement aux normes et aux attentes de leur propre culture ainsi qu'à celles de leur(s) partenaire(s) à venir.

Développement moral

- Réflexion plus poussée, à un niveau philosophique supérieur, sur le bien et le mal ;
- Attirance envers les idéologies politiques.

Développement identitaire

- Confusion identitaire :
 - les adolescents traversent souvent une période pendant laquelle ils ne savent plus qui ils sont ni où ils en sont ;
 - ils peuvent essayer de prendre différentes identités sexuelles pour mieux découvrir qui ils sont ;
 - il est important qu'ils trouvent une solution à ces problèmes et qu'à la fin de l'adolescence, ils se soient fait une idée claire de leur propre identité.
- Affirmation de l'autonomie/indépendance :
 - un adolescent a besoin de choisir sa propre voie au lieu de se contenter de suivre les décisions imposées par les parents ;
 - l'adolescent a besoin de prendre l'initiative, y compris pour définir ce qu'il veut devenir plus tard.

A propos des adolescents dans le monde:

- On estime que 10,4 millions d'enfants de moins de 15 ans, africains pour la plupart, ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA ; pour la majorité d'entre eux, il s'agit d'adolescents ;
- Dans 10% des naissances environ – soit quelque 13 000 bébés par an –, la mère est une adolescente. Chaque année, au moins 60 000 adolescentes meurent pour des raisons liées à la grossesse ou à l'accouchement ;
- Dans les pays sous-développés, la plupart des soldats impliqués dans des conflits armés ont entre 10 et 24 ans. Il y aurait en permanence 300 000 enfants soldats ;
- Chaque année, environ 1 million d'enfants rejoignent le commerce du sexe ;
- Dans le monde, quelque 250 millions d'enfants et d'adolescents finiront par mourir des suites du tabagisme ;
- Chaque année, 4 millions d'adolescents environ tentent de se suicider. Au moins 100 000 y parviennent.

(Ces informations proviennent de : "L'adolescence, une étape capitale", UNICEF, 2002)

Chapitre 3 Développement de l'enfant : problèmes de développement

3.1 Introduction

Ce chapitre décrit de nombreux problèmes psychosociaux pouvant survenir pendant l'enfance. Rappelons que ce document ne prétend pas être exhaustif, mais qu'il doit fournir aux équipes sur le terrain des instruments leur permettant d'observer et d'identifier les problèmes auxquels peuvent être confrontés les enfants durant toute leur existence ou qu'ils peuvent exprimer par leur comportement. Le choix des différents problèmes décrits dans ce chapitre se justifie par le fait que les équipes de War Child sur le terrain peuvent rencontrer des enfants souffrant de tels problèmes. Encore une fois, il est important de noter que même si la plupart des problèmes décrits dans ce chapitre valent pour toutes les cultures, ils peuvent s'exprimer différemment selon les individus et les cultures, de même qu'il peut y avoir des différences dans la manière dont les enfants, les familles et les communautés font face à ces problèmes.

Si l'on veut décrire les différents problèmes psychosociaux pouvant survenir pendant l'enfance, il faut les considérer d'un point de vue transactionnel et environnemental. Ils peuvent en effet avoir des causes nombreuses et variées, et la manière dont ils s'expriment ou évoluent dépendra de l'interaction permanente entre des processus physiologiques, psychologiques et sociaux. A bien des égards, il est donc artificiel de faire une distinction trop nette entre les problèmes psychologiques et les problèmes sociaux. Ainsi, les négligences et les abus que subit l'enfant de la part de ses aidants (problème social) peut provoquer de graves troubles psychologiques tels que la dépression ou des troubles du comportement perturbateur ; de même, un enfant handicapé mental (situation qu'il connaît depuis sa naissance) pourra se comporter de manière préoccupante à cause de maltraitances perpétrées par des personnes de son entourage ; enfin, des enfants souffrant d'un handicap physique seront peut-être livrés à eux-mêmes si, en raison de ce handicap, on leur refuse toute possibilité d'apprendre. Les exemples d'interconnexions entre problèmes physiologiques, psychologiques et sociaux sont innombrables. On pourrait même dire que tous les problèmes qui se manifestent pendant l'enfance sont psychosociaux par définition.

Autre sujet de préoccupation : dans les zones touchées par la guerre, on a parfois tendance à attribuer tous les problèmes (psychosociaux) au conflit (ex. : l'hyperactivité des enfants est due à de mauvaises expériences vécues pendant la guerre, ou bien leur agressivité provient de la violence dont ils ont été témoins). Le présent chapitre permettra aux équipes de War Child sur le terrain de mieux faire la différence entre les problèmes directement causés par le conflit et ceux qui ont une origine différente (même si de telles distinctions ne sont jamais aussi nettes que cela). Cependant, ce n'est ni en lisant ce chapitre, ni en suivant la formation complémentaire sur le développement de l'enfant que les équipes de War Child sur le terrain seront en mesure d'établir des *diagnostics*. Si des membres du personnel de terrain estiment qu'un enfant ou un groupe d'enfants doit faire l'objet de soins dépassant les compétences ordinaires de War Child, il leur faudra toujours consulter un pédopsychiatre expérimenté, soit à l'intérieur de l'organisation, soit en dehors de War Child (des spécialistes attachés à des ONG internationales comme MSF, par exemple, peuvent prêter assistance, de même que certains professionnels spécialement formés qui travaillent dans des établissements psychiatriques nationaux).

Les équipes de War Child sur le terrain ont besoin d'un minimum de connaissances sur les problèmes de développement de l'enfant. Non pas, on l'a dit, pour établir des diagnostics, mais pour observer et *reconnaître* ce qui ne va pas. Les membres du personnel devraient être capables d'identifier les problèmes rencontrés par les enfants, afin d'apporter à ces derniers les soins appropriés. Le

personnel n'a pas besoin de se charger lui-même de ces soins (car cela n'est souvent pas possible), mais il peut *diriger* les enfants vers un établissement, un organisme ou des professionnels compétents, qui pourront fournir de l'aide. Si de telles possibilités n'existent pas, l'identification de certains problèmes chez l'enfant permettra au moins d'intervenir de façon la plus adéquate possible et de s'assurer que l'enfant en question ne subira aucun préjudice.

Structure du chapitre

Il existe bien des façons de classer les problèmes de développement chez l'enfant. Dans ce chapitre, nous emploierons le système suivant :

- Handicaps ;
- Troubles du développement ;
- Troubles de l'expression ;
- Troubles psychosomatiques (souffrance physique causée par des troubles psychiques) ;
- Troubles anxieux (y compris le syndrome de stress post-traumatique) ;
- Troubles de l'humeur ;
- Troubles psychotiques ;
- Problèmes psychologiques causés par la consommation excessive d'un produit (addiction) ;
- Problèmes psychologiques causés par la maltraitance (à l'intérieur de la famille).

Dans le dernier paragraphe de ce chapitre, nous discuterons de la relation entre les problèmes de développement chez l'enfant qui grandit en zone de guerre et la situation dans laquelle il vit. Nous prendrons alors pour cadre de référence la Pyramide des Problèmes Psychosociaux.

3.2 Enfants handicapés

3.2.1 Introduction⁶

Le handicap fait partie de la vie, et il existe des enfants handicapés dans toutes les sociétés, les cultures et les communautés du monde. Les personnes handicapées ont droit au respect et au soutien qui leur permettront de faire pleinement partie de la société et d'y être traitées en toute égalité.

L'attitude envers les personnes handicapées varie d'une culture et d'une religion à l'autre, tout comme la notion même de handicap. De manière simpliste, on peut définir le handicap comme une sorte d'altération qui empêche la personne concernée de faire ce que les autres sont capables de faire. Les handicapés peuvent rencontrer des difficultés à apprendre, à parler, à entendre ou à voir, ou bien ont du mal à se déplacer (à cause d'une paralysie, par exemple). Certains peuvent se comporter de façon étrange, d'autres peuvent être victimes de crises ou d'attaques.

Les limites liées au handicap dépendent de l'attitude de la communauté environnante. Certaines croyances, certains principes religieux, mais aussi l'incompréhension déterminent l'attitude des gens envers le handicap. Cela vaut également pour les gouvernements, les institutions, les ONG, les enseignants, les parents et, finalement, pour nous tous. Ainsi, dans bien des cultures, il existe des filles et des garçons dont la dignité est atteinte : non seulement ils doivent lutter contre leurs propres infirmités, mais ils disposent d'un moins grand nombre de possibilités pour s'épanouir. Ils courent le risque d'être mis à l'écart, comme s'ils étaient en quelque sorte inférieurs. Ils risquent également d'être opprimés, maltraités et exploités. Dans certaines cultures, le fait d'avoir un enfant handicapé peut être considéré comme un déshonneur ou une punition de Dieu. Il existe même une croyance selon laquelle on devient soi-même handicapé en touchant une personne qui a un handicap.

⁶ Ce paragraphe d'introduction s'inspire très largement de *Disability*, publié dans Actions for the Rights of Children (ARC) sur le site de Save The Children, 2001 (www.savethechildren.net/arc/).

Dans des circonstances extrêmement difficiles, comme la guerre, l'exode, le déplacement de populations, la situation des enfants handicapés se détériore fortement. Si les droits et les besoins des jeunes handicapés ne diffèrent pas sensiblement de ceux des autres enfants, les situations de conflit et de déplacement rendent plus difficile la satisfaction de ces besoins. Dans de telles situations, on constate souvent une augmentation du nombre de filles et de garçons affectés par un handicap physique ou mental.

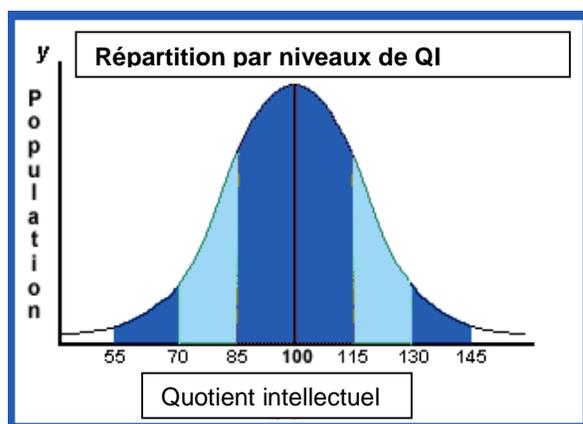
Quand on commence à travailler avec des enfants handicapés et leurs familles, il est important de savoir quelles idées et quels préjugés sur le handicap ont cours dans la communauté locale, de même qu'il convient de respecter ces attitudes (même si on ne les approuve pas). Mais avant cela, nous devons connaître la nature et les raisons de notre propre attitude envers le handicap. Nous pensons et nous agissons tous en fonctions d'idées préconçues qui ne reposent pas forcément sur des faits et que nous devons remettre en question avant de commencer à travailler sur ce terrain.

On traitera ci-dessous du handicap mental (3.2.2), puis des infirmités physiques (3.2.3)

3.2.2 Handicaps mentaux

Si l'on ne se réfère pas de la même manière aux handicaps mentaux selon la culture et l'époque où l'on vit (voir les termes « attardé mental », « mal comprenant », « éprouvant des difficultés d'apprentissage », « déficient intellectuel », etc.), ceux-ci sont généralement considérés comme des problèmes de développement cognitif (intelligence) qui entraînent des écarts considérables quant à la capacité de fonctionner normalement.

Dans une population normale, l'intelligence (mesurée par ce que l'on appelle des tests de QI) se répartit de la façon suivante :



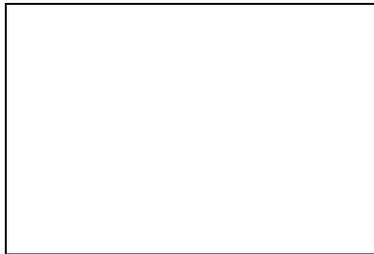
Les personnes ayant un handicap mental sont considérées comme ayant un QI inférieur à 70. Il est alors fait la distinction suivante :

Retard mental léger	QI entre 50 et 70
Retard mental moyen	QI entre 35 et 50
Retard mental profond	QI inférieur à 35

Les personnes dont le QI se situe entre 70 et 85 ne sont pas considérées comme des handicapés mentaux, mais il est admis que leurs facultés cognitives, inférieures à la moyenne, peuvent entraîner des problèmes significatifs dans leur vie de tous les jours.

Le handicap mental peut s'expliquer par une maladie génétique, une infection contractée par la mère durant la grossesse, des lésions cérébrales survenues lors de la naissance, des maladies infectieuses contractées par l'enfant dans sa première année ou des accidents ayant conduit à des lésions cérébrales (dans 20% des cas, on ne connaît pas la cause du handicap mental). Dans toute population, on compte environ 10% de personnes ayant un handicap mental de quelque sorte que ce soit. Il est important de se rappeler qu'un handicap mental n'est jamais la faute de quelqu'un et que toute « guérison » est impossible. La plupart des handicapés mentaux auront besoin qu'on les soutienne et qu'on s'occupe d'eux pendant toute leur vie.

Un handicap mental peut se voir (ex. : enfants atteints de trisomie 21, comme ci-dessous), mais ce n'est pas toujours le cas. Certains enfants ayant un handicap mental peuvent avoir l'air complètement normaux. D'une certaine façon, c'est pour eux un handicap supplémentaire, car leur environnement ne les reconnaît pas immédiatement comme handicapés mentaux. Les parents, les enseignants et les pairs attendent d'un tel enfant plus qu'il ne peut, ce qui provoque éventuellement chez lui des problèmes psychologiques et comportementaux. Il se passe parfois beaucoup de temps avant qu'un handicap mental soit mis au jour. C'est pourquoi il faut toujours être prudent lorsqu'on cherche à expliquer le comportement problématique ou l'état dépressif d'un enfant : peut-être exige-t-on tout simplement trop de ce dernier. Ses facultés cognitives peuvent ne pas être suffisamment développées pour lui permettre de gérer telle ou telle situation (rester assis dans une salle de classe, par exemple).



Petite fille trisomique

La maladie chromosomique la plus fréquente est la trisomie 21 (un nouveau-né sur 600 est concerné). Elle se traduit par des handicaps mentaux significatifs, un manque de tonus musculaire, un aspect caractéristique du visage et des mains, ainsi que, parfois, des malformations du cœur et du système digestif (Shonkoff & Marshall, 2000).

Chez l'enfant, le handicap mental est non seulement parfois difficile à repérer, mais il peut aussi s'accompagner d'autres problèmes. La déficience mentale se manifeste souvent en même temps que d'autres troubles (en particulier l'autisme et l'hyperactivité). Ce phénomène peut compliquer davantage les choses. Le handicap mental n'est donc pas seulement une lacune du développement cognitif, mais aussi un élément qui perturbe toujours les autres aspects du fonctionnement de l'enfant. Ainsi, un enfant handicapé mental sera très probablement moins doué pour la communication ou les contacts sociaux (ou, plus généralement, ses capacités d'adaptation seront moins nombreuses).

Les enfants qui présentent un handicap mental sont considérés et traités différemment selon les cultures. Dans beaucoup de sociétés, on les stigmatise plus ou moins fortement : ils font honte à leurs parents, qui tentent de les dissimuler au monde extérieur. Ou bien, les parents se font tellement de soucis pour ces enfants qu'ils essaient de les protéger en les gardant enfermés à la maison. Par ignorance, les adultes (et les autres enfants) peuvent traiter les jeunes handicapés comme des êtres humains « inférieurs », leur rendant la vie difficile ou, pire, les maltraitant physiquement.

C'est de la gravité du handicap mental, ainsi que du soutien et des soins procurés par l'entourage, que dépendra la capacité de l'enfant à mener une vie heureuse et satisfaisante, en fonction du potentiel dont il dispose. Certains enfants handicapés mentaux profiteront surtout des soins reçus dans un établissement spécialisé ; d'autres s'épanouiront en restant au contact de leurs parents et de leurs proches.

3.2.3 Handicaps physiques

Les textes ci-dessous décrivent brièvement les différentes formes et causes des handicaps physiques⁷.

Polio :

Dans de nombreux pays, la poliomyélite reste la cause la plus fréquente de handicap physique chez les enfants. Dans certaines régions, elle provoque une paralysie (faiblesse musculaire) plus ou moins grave chez un enfant sur 100. Elle a fortement reculé dans les zones où des campagnes de vaccinations ont été menées avec succès.

La polio est due à un virus qui infecte partiellement la moelle épinière, endommageant le système nerveux. Dans les zones dépourvues d'hygiène et de latrines, l'infection se propage par contact entre les excréments d'un enfant contaminé et la bouche d'un enfant sain. Là où l'assainissement est meilleur, la polio se transmet essentiellement par la toux et les éternuements. L'infection par la polio ne provoque la paralysie que chez une faible proportion d'enfants. Dans la plupart des cas, elle se traduit par quelque chose qui ressemble à un mauvais rhume.

La polio paralysante n'est plus contagieuse au bout de 2 semaines après la contraction de la maladie. En fait, la contamination s'effectue principalement par les excréments d'enfants non paralysés qui « ont juste pris froid » à cause du virus de la polio.

Souvent, la paralysie finit par disparaître, complètement ou en partie. En général, si elle persiste pendant six mois, c'est qu'elle restera définitivement. La paralysie ne s'aggravera pas, mais empêchera l'enfant de marcher, de bouger un bras, etc.

Les enfants atteints de polio peuvent tout à fait mener une vie heureuse et prospère, à condition qu'on les encourage à agir par eux-mêmes, par exemple en jouant avec leurs frères et sœurs, ou en allant à l'école pour apprendre. La polio n'affecte pas l'intelligence. Elle n'est pas non plus héréditaire et n'empêche pas d'avoir des enfants.

Infirmité motrice d'origine cérébrale :

L'infirmité motrice d'origine cérébrale est une paralysie du cerveau. Il s'agit d'un handicap qui affecte surtout les mouvements et les attitudes du corps. Il est provoqué par une lésion au cerveau survenue avant, pendant ou peu de temps après la naissance. Le cerveau n'est pas touché dans sa totalité, mais à certains endroits, principalement dans les zones qui commandent les mouvements. Une fois touchées, ces parties du cerveau ne peuvent plus guérir, mais ne se détériorent pas non plus davantage. Cependant, il est possible que la capacité de l'enfant à faire certains gestes ou à se tenir d'une certaine façon s'améliore ou se détériore en fonction de la qualité des soins qui lui sont apportés et de la gravité de sa lésion.

L'infirmité peut être due à ce qui s'est passé avant la naissance :

- des infections contractées par la mère pendant la grossesse, comme la rubéole ;
- une différence entre le sang de la mère et celui de l'enfant (incompatibilité Rhésus) ;
- un diabète de la mère ou une toxémie pendant la grossesse ;

⁷ Les descriptions des handicaps physiques les plus fréquents en zone de guerre sont empruntées à l'ouvrage de David Werner *"Disabled Village Children"* (1987), édité par la Fondation Hesperian, www.hesperian.org.

- l'hérédité (très rare) ;
- une cause inconnue (dans 30% des cas d'infirmité motrice d'origine cérébrale chez l'enfant).

L'infirmité peut être due à ce qui s'est passé pendant la naissance :

- un manque d'oxygène ;
- un accident pendant l'accouchement ;
- une naissance prématurée – le bébé naît avant terme.

L'infirmité peut être due à ce qui s'est passé après la naissance :

- une forte fièvre provoquée par une infection ou une déshydratation à cause de diarrhées ;
- des infections au cerveau (méningite) ;
- d'autres causes, comme la malaria et la tuberculose.

L'infirmité motrice d'origine cérébrale n'est pas contagieuse – elle ne peut pas se transmettre d'un enfant à l'autre. Elle n'affecte pas l'intelligence non plus. La possibilité pour l'enfant de mener une vie normale et heureuse dépendra de la gravité de son handicap et du soutien des ses proches.

Spina bifida :

La spina bifida est une malformation qui survient très tôt dans le développement du fœtus. Elle se produit lorsque la colonne vertébrale ne se referme pas complètement autour des nerfs centraux. Résultat : cette partie du dos reste molle et sans protection, pouvant même former à travers la peau une sorte de poche sombre. L'avenir d'un enfant atteint de spina bifida dépend de la gravité de sa malformation, des soins médicaux disponibles et du degré de soutien fourni par la famille et la communauté. Plus la malformation est située vers le bas du dos, moins l'enfant est paralysé et plus il a de chances de vivre une vie heureuse et épanouie.

Blessure médullaire :

A l'origine de cette blessure, il y a un accident qui a brisé ou gravement détérioré la moelle épinière au niveau du cou ou du dos. La personne blessée peut par exemple être tombée d'un arbre ou d'un cheval, avoir eu un accident de voiture, de plongée ou avoir été touchée par balle. La taille de la zone corporelle atteinte est proportionnelle à la hauteur de l'impact sur la colonne vertébrale. Autrement dit : plus la blessure est proche de la tête, plus grande est la partie du corps qui est affectée.

Quand la moelle épinière est touchée au point d'empêcher tout message nerveux de passer, on dit que la blessure est complète. Le blessé perd définitivement toute sensation et tout contrôle de ses mouvements en dessous de la lésion. Quand la blessure est « incomplète », il arrive que la personne blessée ait encore certaines sensations ou puisse effectuer certains mouvements, ou que ces sensations et mouvements reviennent peu à peu dans les mois qui suivent. Dans le cas de blessures incomplètes, il se peut qu'un côté du corps ait moins de sensations et contrôle moins les mouvements que l'autre côté. Une personne victime d'une blessure médullaire complète au niveau du cou ne marchera plus jamais. Elle aura toujours besoin d'un fauteuil roulant.

Crises (épilepsie) :

Les crises sont des moments de perte de conscience ou de modification de l'état mental, qui s'accompagnent souvent d'étranges secousses chez la personne atteinte. Environ 10 à 20% des enfants ont au moins une crise avant l'âge de 15 ans. Mais ces crises deviennent chroniques pour seulement la moitié d'entre eux : c'est ce qu'on appelle l'épilepsie. Ce phénomène s'explique par des lésions cérébrales ou par une altération du cerveau. La plupart du temps, il est provoqué par un accident au cerveau survenu avant, pendant ou après la naissance. Les causes de l'épilepsie sont parfois les mêmes que celles de l'infirmité motrice d'origine cérébrale. En fait, l'une et l'autre vont

souvent ensemble. La méningite (une infection du cerveau) est souvent à l'origine de ce double handicap. Chez les petits enfants, les crises sont ordinairement provoquées par une forte fièvre ou une profonde déshydratation. Il peut aussi y avoir des raisons héréditaires. Environ un tiers des personnes victimes de crises ont des antécédents familiaux, tandis que pour un tiers des personnes souffrant d'épilepsie, il n'y a pas d'explication.

Chez l'enfant, les crises peuvent commencer par des pleurs ou par un état de panique soudain. Dans ce cas, il faut protéger l'enfant en le couchant sur un tapis, une natte, un matelas ou tout autre surface où il ne risque pas de se blesser. Quand une crise survient, l'enfant ne doit pas être déplacé, sauf s'il se trouve dans un endroit dangereux. Il faut le protéger des blessures, mais sans essayer de maîtriser ses mouvements par la force. Tout objet dur ou coupant doit être enlevé s'il se trouve à proximité de l'enfant. Pendant une crise, il ne faut rien mettre dans la bouche de l'enfant : ni aliment, ni boisson, ni médicament, ni objet destiné à empêcher l'enfant de se mordre la langue. Entre deux spasmes, il faut coucher la tête de l'enfant sur le côté pour que la salive puisse sortir de la bouche et qu'aucun liquide ne soit aspiré dans les poumons. Une fois la crise terminée, il se peut que l'enfant soit bouleversé et très fatigué. Il faut alors le laisser dormir.

Cécité et troubles de la vue :

Les troubles de la vue peuvent être légers, moyens ou profonds. Quand une personne ne voit rien ou presque rien, on dit qu'elle est aveugle. Certains enfants sont totalement aveugles : ils ne voient absolument rien. En revanche, la plupart des enfants voient un petit peu. Les uns peuvent faire la différence entre la lumière et l'obscurité, mais ne distinguent pas les formes. D'autres peuvent percevoir les contours des objets volumineux, mais pas leurs détails.

Certains enfants atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale ou d'autres handicaps sont aussi aveugles, totalement ou en partie. Les parents ne se rendent pas toujours compte de ce problème et pensent que l'enfant est en retard dans son développement, alors que c'est la cécité (le fait d'être aveugle) qui est peut-être la raison principale de ce retard. Même si l'enfant n'a pas d'autre handicap, la cécité peut retarder et rendre plus difficile l'acquisition de capacités pendant la petite enfance. Si l'enfant ne regarde pas les choses autour de lui, n'essaie pas de les attraper ou ne s'y intéresse pas, il faut peut-être vérifier qu'il est capable de voir et d'entendre correctement.

Parmi les causes fréquentes de la cécité, il y a :

- la "sécheresse des yeux", qui sévit surtout dans certaines régions d'Afrique et d'Asie. Elle provient d'un manque de vitamine A (qu'on trouve dans les fruits, les légumes, le lait et la viande). La sécheresse des yeux survient chez les enfants qui ne mangent pas régulièrement et peut apparaître ou s'aggraver chez les enfants qui souffrent de diarrhée, de rougeole, de coqueluche ou de tuberculose. Elle est beaucoup plus fréquente chez les enfants qui n'ont pas été nourris au sein ;
- le trachome, qui est, à l'échelle mondiale, la cause la plus fréquente de cécité guérissable. Il commence souvent pendant l'enfance et dure parfois des mois ou des années. S'il n'est pas soigné à temps, il peut rendre aveugle. Le trachome se transmet par contact ou par les mouches et se rencontre principalement dans les lieux à forte densité de population où les conditions de vies sont mauvaises. On peut l'éviter en nettoyant régulièrement les yeux de l'enfant et en le protégeant des mouches ;
- la cécité des rivières, une maladie très fréquente dans certaines régions d'Afrique et d'Amérique Latine. Elle est propagée par une sorte de mouche noire qui pond dans les rivières et les ruisseaux ;
- la rougeole, qui peut abîmer la surface de l'œil. Elle se rencontre surtout en Afrique et chez les enfants sous-alimentés ;

- les lésions du cerveau, qui rendent aveugles beaucoup d'enfants, le plus souvent quand il y a déjà un autre handicap, comme l'infirmité motrice d'origine cérébrale.

Surdité :

Si quelques enfants sont totalement sourds, la plupart de ceux qui ont des problèmes d'audition peuvent quand même entendre certains sons. Les parents s'aperçoivent souvent que leur enfant est sourd quand il ne tourne pas la tête en réaction à des bruits, même s'ils sont forts. Certains enfants atteints de surdité partielle entendent un peu ce que disent les personnes qui leur parlent. Ils peuvent apprendre petit à petit à reconnaître des mots et à y réagir. Ils mettent du temps avant de savoir parler. Souvent, ils ne parlent pas clairement, confondent certains sons ou semblent « parler du nez ». Malheureusement, les parents, les autres enfants et les enseignants ne se rendent pas toujours compte que l'enfant éprouve des difficultés à entendre. Il arrive qu'ils le traitent comme un attardé ou un « idiot ». Cela ne fait qu'aggraver le problème. Pour un enfant qui n'entend pas bien, la plus grande difficulté consiste à apprendre à communiquer. Comme il n'arrive pas à bien distinguer les mots, il a beaucoup plus de mal à apprendre à parler.

La surdité peut s'expliquer par des causes antérieures à la naissance :

- hérédité – cependant, dans certaines familles, les parents ne sont pas sourds. Dans la plupart des cas, l'enfant n'a pas d'autre handicap et apprend vite ;
- rougeole contractée par la mère pendant la grossesse.

La surdité peut s'expliquer par des causes postérieures à la naissance :

- infections de l'oreille, en particulier quand elles reviennent souvent, pendant longtemps et qu'il y a du pus ;
- méningite.

3.3 Troubles du développement

Il existe plusieurs types de ce qu'on appelle les troubles du développement. Les deux plus fréquents sont décrits ci-dessous.

3.3.1 Autisme

Il y a différents types d'autisme, certains étant plus légers que d'autres. Le point commun à tous ces types d'autisme, c'est une difficulté à établir le contact. Il est important de se rendre compte que, s'il existe des autistes qui ont eu un développement cognitif normal, la grande majorité de ces personnes ont en même temps un handicap mental.

L'autisme est un problème bien connu (du moins dans les pays occidentaux), mais très rare. Il concerne environ 15 nouveaux-nés sur 10 000 et se rencontre quatre fois plus chez les garçons que chez les filles. L'autisme est avant tout un trouble du contact. Les enfants autistes ont peu de contacts véritables avec leur environnement social. Et s'ils établissent un contact, c'est souvent d'une manière très étrange, ou du moins différente de toute forme normale de contact.

L'autisme se caractérise notamment par :

- son apparition avant le 30^e mois de la vie de l'enfant. Cela veut dire que les symptômes de l'autisme sont déjà nettement reconnaissables lorsque l'enfant est encore bébé ; ces symptômes sont, entre autres, un retard de développement de la capacité à suivre les mouvements de tête des gens, ou un manque d'intérêt dans l'écoute de la voix humaine. Contrairement aux bébés normaux, les enfants autistes ne cherchent pas à attirer l'attention de leurs parents ;

- un manque général et permanent de réaction aux autres personnes (c'est pourquoi il s'agit d'un trouble du contact). Les enfants autistes semblent vivre dans leur propre monde. Cela se voit par exemple dans leur absence de contact par le regard, leur façon de considérer les gens comme des objets inanimés et leur dégoût d'être touché ;
- des lacunes dans le développement du langage. Les enfants autistes parlent (quand ils parlent) d'une manière très étrange. Il y a par exemple « l'écholalie » (l'enfant répète à l'infini un son ou un mot qu'il a entendu) ou encore la confusion de « moi » et de « toi » ;
- des réactions bizarres à divers aspects de l'environnement. Par exemple, l'enfant résiste fortement à tout changement (un jeune autiste peut s'affoler complètement dès que l'on perturbe sa routine quotidienne), ou bien il manifeste un intérêt particulier pour certaines choses (de nombreux enfants autistes peuvent regarder une horloge pendant des heures). Le mouvement de « balancier » que font beaucoup d'enfants autistes est aussi très reconnaissable. Ils se penchent et tapent des mains pendant un long moment. Autre comportement fréquemment observé : la répétition prolongée d'une même action (par exemple, faire tourner une toupie pendant des heures d'affilée).

L'autisme étant un trouble rare, il n'est souvent pas diagnostiqué comme tel. C'est surtout le cas dans les pays non occidentaux où le phénomène n'est pas bien connu et où beaucoup d'enfants qualifiés de « malades mentaux » souffrent en réalité d'un trouble autistique.

On ne connaît toujours pas clairement la cause de l'autisme, mais celui-ci est très probablement d'origine physiologique. Il n'existe pas de traitement universellement reconnu pour l'autisme. En fait, les spécialistes ne sont toujours pas d'accord sur le fait que l'autisme peut se soigner ou non. Ce que l'on sait, en revanche, c'est que les enfants autistes sont plus heureux et que leur comportement est moins problématique lorsqu'ils vivent dans un environnement sain et structuré. L'absence apparente de sécurité et les changements brusques dans la routine quotidienne ont souvent un effet désastreux sur ces enfants.

3.3.2 Troubles du langage et de la parole

Le langage est la capacité à comprendre et à produire des symboles complexes qui ont une certaine signification dans un contexte social particulier. La parole, c'est à dire la capacité à produire des sons ayant du sens, est l'une des formes d'expression du langage. Le langage peut être parlé, mais aussi écrit, gestuel et intérieur. Tout enfant normal dispose à la naissance d'une faculté de langage, mais s'il n'est pas exposé à un modèle de langage dans un contexte social, il ne peut pas développer cette faculté pour utiliser effectivement le langage. Le développement du langage dépend aussi de la maturation physiologique du cerveau.

Quand le niveau de développement du langage est relativement faible, comparé au niveau d'intelligence non verbale, et quand les problèmes de langage perturbent l'apprentissage ou le fonctionnement en société, on parle de trouble du langage. Les enfants qui ont un trouble du langage apprennent à parler plus tard et moins rapidement que les autres, mais ils présentent aussi les symptômes suivants :

- le vocabulaire est limité ;
- il y a de nombreuses fautes de grammaire ;
- l'enfant forme des phrases courtes et souvent incomplètes, il ne comprend pas les phrases longues et complexes ;
- il a du mal à utiliser le langage dans un contexte social (difficultés à commencer et à soutenir une conversation).

Un trouble du langage peut prendre les formes suivantes :

- l'enfant n'utilise pas complètement certains sons que son âge et sa langue devraient lui permettre de prononcer ;
- l'enfant bégaye (répétitions de sons, pauses à l'intérieur des mots, etc.)

On ne sait pas dans quelle mesure les enfants appartenant à une certaine population sont susceptibles de présenter un trouble du langage ou de la parole. Le rôle joué par les gènes constitue certainement un facteur de risque qui, ajouté aux conditions environnementales, peut conduire à des problèmes dans le développement du langage.

Il est important de faire la différence entre les troubles du langage ou de la parole et les autres problèmes de développement. Ainsi, les enfants sourds, handicapés mentaux ou autistes connaîtront aussi un retard ou un ralentissement dans le développement du langage.

Dans quelle mesure un trouble du langage ou de la parole peut-il affecter l'avenir d'un enfant ? Cela dépend en grande partie de la manière dont cet enfant est aidé et compris par ses proches. Mais le langage occupe une place si importante dans les rapports humains que de tels troubles provoqueront certainement, chez les enfants qui en souffrent, de graves problèmes psychologiques.

3.4 Troubles de l'expression

La principale caractéristique de ces troubles est le comportement perturbateur de l'enfant.

3.4.1 Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H)

Le déficit de l'attention avec hyperactivité est un problème qui touche environ 3 à 5% des enfants (certains spécialistes américains avancent le chiffre de 15%). On le reconnaît surtout à ses principales caractéristiques : graves problèmes de concentration et énergie débordante (on dit souvent que les enfants qui souffrent de ce mal ont à l'intérieur d'eux-mêmes comme un petit moteur qui ne s'arrête jamais).

Les principaux signes ou symptômes du TDA/H sont :

- l'inattention (l'enfant ne termine pas ce qu'il a commencé, il est facilement distrait, il ne peut pas se concentrer) ;
- l'impulsivité (l'enfant agit avant de réfléchir, il laisse tomber une activité pour une autre) ;
- l'hyperactivité (l'enfant n'arrête pas de courir, de grimper, de s'agiter).

On ne sait toujours pas ce qui cause ces troubles, même s'il paraît de plus en plus probable qu'ils aient une origine génétique. Cela veut dire qu'un enfant souffrant de TDA/H est né avec, puisqu'il n'est pas possible de « l'attraper » plus tard. Cela signifie également qu'on ne peut pas en guérir, même si les symptômes du TDA/H s'atténuent à l'âge adulte. C'est un mal qui touche moins les filles que les garçons : on le diagnostique trois fois plus chez les garçons que chez les filles.

Même s'il est impossible de guérir du TDA/H, certains médicaments ont un effet positif sur le comportement des enfants hyperactifs. Malheureusement, ces produits sont rarement disponibles en dehors des pays non occidentaux.

Tout comme les handicaps mentaux, le TDA/H n'est souvent pas reconnu comme tel. Le comportement incontrôlable des enfants hyperactifs peut ennuyer sérieusement leurs aidants et leurs pairs. Il se peut que les parents infligent à l'enfant des punitions corporelles (parfois sévères) et qu'ils finissent pas ne plus savoir que faire dans ces situations. De même, les enseignants porteront peut-être un regard très négatif sur ce type d'enfant, dont le comportement semble impoli et agressif. Les

pairs de l'enfant auront peut-être peur de lui et lui tourneront le dos, le plaçant ainsi dans une situation d'isolement social. D'une certaine façon, leur rejet rend la situation encore plus tragique, car toutes ces réactions négatives ne font qu'accroître le comportement problématique de l'enfant hyperactif. Les sévères punitions infligées par les parents et les aidants peuvent porter davantage atteinte à l'estime de soi chez ces enfants et accroître leur sentiment de ne pas maîtriser les choses. Vu les conditions souvent déplorable dans lesquelles ils ont été éduqués, il n'est pas surprenant que beaucoup de détenus dans des établissements pénitentiaires soient reconnus par la médecine comme ayant un TDA/H. Les enfants hyperactifs ont de fortes chances d'être entraînés dans une spirale de violence et de finalement devenir des criminels antisociaux.

Les enfants ayant un TDA/H ont habituellement un niveau d'intelligence normal, mais, comme il a été dit plus haut, beaucoup d'enfants handicapés mentaux peuvent également présenter des symptômes du TDA/H.

Pour aider les enfants hyperactifs, on peut leur donner des médicaments, mais aussi un environnement bien structuré, aux règles claires et qui offre peu de distractions. Un tel environnement améliore considérablement leur faculté de concentration et leur maîtrise de soi. On imagine bien qu'il n'est pas facile de parvenir à ce résultat dans une classe où trente à quarante enfants crient et courent dans tous les sens. C'est pourquoi les enfants hyperactifs ont tout intérêt à évoluer dans des structures éducatives moins importantes. Si ce n'est pas possible, le fait de leur donner une place près de l'enseignant améliorera probablement la situation. Mais il y a d'autres manières de faciliter les choses pour ces enfants, que ce soit en classe ou dans toute structure où ils côtoient beaucoup d'enfants :

- leur donner une seule chose à faire à la fois ;
- diviser leur travail en tâches simples et le contrôler plus souvent (en s'exprimant de manière positive, bien sûr !)
- donner régulièrement aux enfants l'occasion de se déplacer (en leur demandant par exemple de nettoyer une table, d'aller chercher la craie, etc.) ;
- leur donner des tâches plus rapides à faire et les récompenser ensuite (exemple : si l'enfant a bien travaillé pendant 20 minutes, il peut aller faire un petit tour) ;
- leur apprendre à réfléchir avant d'agir ;
- mettre en valeur les qualités et les performances de l'enfant ;
- moduler les attentes envers l'enfant en fonction de ses bons et mauvais jours ;
- dans le cas où l'on s'est emporté contre l'enfant, lui présenter ses excuses et expliquer ce qui s'est passé (Mikus Kos, 2005).

Il est important d'informer les parents et les autres aidants de la nature des problèmes que connaît l'enfant (si le diagnostic montre qu'il s'agit bien de TDA/H). Souvent, les parents ont du mal à comprendre que le comportement de l'enfant n'est pas dû à sa mauvaise volonté, mais à sa difficulté à se maîtriser. Cela, l'enfant n'y peut rien. Voilà pourquoi les parents peuvent suivre les conseils mentionnés plus haut. S'ils essaient en même temps de structurer et de clarifier le mode de vie à la maison, ils contribueront sûrement à une amélioration considérable du comportement de ces enfants. Cela changera leur propre regard et leurs sentiments envers l'enfant, transformant de manière positive les rapports familiaux.

3.4.2 Troubles du comportement perturbateur

Comme c'est le cas pour d'autres troubles psychologiques, on comprend mieux l'émergence et de l'évolution des troubles du comportement en les considérant du point de vue de l'interaction entre facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux (Hill, 2002).

Ces troubles se manifestent notamment de la manière suivante :

- l'enfant est souvent en colère ;
- l'enfant se bat souvent avec des adultes ;
- l'enfant refuse souvent ce qu'un adulte lui dit de faire ;
- l'enfant fait souvent exprès d'ennuyer les autres ;
- l'enfant exprime souvent la haine et le désir de vengeance.

Dans toute population donnée, 2 à 3% des enfants présentent un trouble du comportement perturbateur. Parmi les facteurs de risque pour le développement de tels troubles, il y a par exemple le faible niveau d'intelligence verbale, le TDA/H et la maltraitance. Encore une fois, c'est l'interaction avec les facteurs de risque dans l'environnement de l'enfant qui favorisent de tels troubles. Avant toute forme de traitement, il faudra identifier précisément les facteurs qui, chez l'enfant et dans son environnement, provoquent et entretiennent ces troubles.

3.5 Troubles psychosomatiques (souffrance physique provoquée par des troubles psychiques)

L'enfant qui souffre de ces troubles ressent une douleur physique (mal au ventre, mal à la tête, etc.), sans qu'il y ait une preuve médicale d'un problème physique. On ne sait pas dans quelle mesure ces troubles sont fréquents, mais ils pourraient toucher jusqu'à 10% d'une population « normale ». Pour ce qui est des causes, elles ne sont pas vraiment connues non plus, mais il semble que des facteurs génétiques, un fort taux de stress et de mauvaises stratégies d'adaptations jouent un rôle important à cet égard. Des rapports signalent parfois que les symptômes psychosomatiques chez les enfants et les adultes sont plus fréquents dans les pays touchés par la guerre.

3.5.1 Anorexie et boulimie

De tous les troubles psychosomatiques, l'anorexie et la boulimie sont les deux plus connus. Ils sont typiques de l'adolescence et affectent principalement les filles (elles représentent de 90 à 95% des patients). L'anorexie se caractérise par une perte de poids extrême et par une forte perturbation des habitudes alimentaires. Les jeunes filles qui en sont affectées alternent souvent des périodes où elles ne mangent pas et des périodes où elles avalent d'abord beaucoup de nourriture puis se forcent à vomir. Elles éprouvent en même temps une peur panique de grossir et une vision déformée de leur propre corps. La boulimie commence habituellement dans la deuxième moitié de l'adolescence, parfois après une période d'anorexie. Elle se caractérise principalement par d'intenses fringales (l'adolescent(e) se gave en mangeant par grandes quantités à la fois). Ces deux types de troubles sont très dangereux (surtout l'anorexie) et souvent chroniques. Ils concernent probablement 1 à 2% des adolescentes (une proportion qui semble augmenter dans les pays occidentaux). Il n'y a pas d'explication reconnue pour ces troubles de l'alimentation, mais il semble que des mécanismes sociaux, neurobiologiques et génétiques jouent un rôle à cet égard. Certains disent que les publicités d'aujourd'hui (du moins celles de nombreux médias occidentaux), avec leurs modèles aussi beaux que maigres, ont un effet néfaste sur les jeunes filles car celles-ci essaient de ressembler aux mannequins. Différents traitements permettent de soigner ces troubles, mais leur taux de réussite n'est généralement pas très élevé. Une perte de poids extrême peut finir par coûter la vie à 10% des anorexiques.

3.6 Troubles anxieux

Il existe plusieurs sortes de troubles anxieux ; tous se caractérisent par la peur et par une intensification du stress.

- Angoisse de séparation : les enfants qui souffrent de ce trouble ressentent une grande peur lorsqu'ils sont séparés de leurs aidants principaux, ou craignent fortement que cette

séparation ait lieu ; l'attachement insécuré fait partie des causes de ce trouble (voir au chapitre 1, paragraphe 1.5.1) ;

- Trouble anxieux généralisé : l'enfant est extrêmement préoccupé et effrayé par certains événements ou certaines activités (comme par exemple aller à l'école) ;
- Phobies spécifiques : l'enfant est en proie à une peur irrationnelle qui persiste même quand la source de danger potentiel a disparu ; il peut d'agir de la peur de certains animaux, comme les araignées, la peur d'éléments naturels, comme l'eau, la peur du sang/des piqûres/des blessures ou encore la peur d'une situation particulière (comme être dans un bus, prendre l'avion ou se trouver dans un espace clos) ;
- Phobie sociale : un enfant ayant une phobie sociale craint constamment de se trouver dans des situations où il est en société et a donc tendance à éviter de telles situations ;
- Trouble obsessionnel compulsif : l'enfant est confronté à des actions et des pensées qui reviennent constamment et qu'il considère comme dérangeantes et étrangères à lui-même. C'est par exemple un mouvement que l'enfant ne peut pas s'en empêcher de faire et de refaire, ce qui le gêne dans sa vie de tous les jours.

3.6.1 Syndrome de stress post-traumatique

Le trouble anxieux auquel nous avons le plus souvent affaire chez War Child (ou du moins celui dont nous entendons le plus souvent parler) est le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Le SSPT peut apparaître après une expérience traumatisante, une expérience dont l'enfant a été le témoin ou pendant laquelle il a été confronté à une situation extrêmement dangereuse, voire mortelle, pour lui ou pour d'autres. Face à cette expérience, l'enfant peut avoir une réaction de peur intense, de grande faiblesse ou d'horreur.

Exemples de symptômes du SSPT :

- l'enfant revit les traumatismes passés (au travers de souvenirs, de cauchemars, etc.) ;
- l'enfant évite tout ce qui lui rappelle le traumatisme (il évite de parler de l'expérience traumatisante, évite certaines situations...) ;
- l'enfant présente un état d'agitation aiguë (difficultés à dormir, à se concentrer, etc.).

Il est impossible de savoir quels enfants développeront un SSPT après avoir vécu une ou plusieurs expériences traumatisantes. Des études effectuées à différents endroits ont débouché sur des conclusions très variées, même si en général, les cas de SSPT sont apparemment peu nombreux.

Certains facteurs semblent favoriser l'apparition du SSPT :

- la gravité de l'expérience (dans quelle mesure la vie était menacée) ;
- la proximité de l'événement traumatisant (plus l'individu a été proche de l'événement, plus il risque de développer un SSPT) ;
- la gravité des symptômes augmente avec la durée et la fréquence des expériences traumatisantes ;
- des événements se produisant après l'expérience traumatisante (comme par exemple le transfert dans un camp pour personnes déplacées après le bombardement de leur village) peut avoir un effet sur le développement du SSPT.
- parmi les autres risques favorisant le développement du SSPT, il y a les liens d'attachement insécuré et la présence de problèmes psychologiques chez les parents.

Il est important de se rendre compte que beaucoup de réactions psychiques à des expériences traumatiques peuvent être considérées comme des réactions normales à des situations anormales. Ces réactions sont même parfois très utiles pour s'adapter à de telles situations. C'est seulement en cas de problèmes très graves entraînant une souffrance psychologique intense, ou de difficultés

persistantes (plus de 6 à 8 mois), qu'il faut éventuellement s'inquiéter d'un possible SSPT chez l'enfant.

On n'a pas encore mis au point de traitement efficace du syndrome de stress post-traumatique. Si l'EMDR (traitement et désensibilisation par les mouvements oculaires) semble fonctionner chez les adultes, ses effets sur les enfants ne sont pas encore vraiment connus. L'évolution du problème dépendra une fois de plus des soins, de la compréhension et du soutien apportés à l'enfant par son entourage. En général, les symptômes du SSPT ont tendance à diminuer au bout d'une à trois années.

3.7 Troubles de l'humeur

Pendant longtemps, on a cru que les enfants ne souffraient pas de troubles de l'humeur, comme la dépression. Aujourd'hui, les spécialistes de l'enfance sont convaincus que les plus jeunes peuvent aussi être affectés par de tels problèmes. Des études indiquent que 2 à 5% des enfants et 10 à 20% des adolescents dans une population "normale" sont confrontés un jour ou l'autre à un trouble de l'humeur.

Il existe trois sortes de troubles de l'humeur :

- Dépression. Elle se manifeste notamment par : un état dépressif pratiquement quotidien, qui dure presque toute la journée, que l'enfant lui-même décrit par des remarques subjectives (« je me sens triste, vide ») ou dont son entourage est témoin (« l'enfant a l'air triste ») ; chez les enfants, la dépression peut aussi prendre la forme d'un état d'agitation ; ils ne montrent plus d'intérêt pour la plupart des activités et n'y prennent plus plaisir ; ils perdent du poids sans faire de régime ; ils dorment mal, ont moins d'énergie, se concentrent plus difficilement ; ils pensent à la mort ou au suicide ;
- Trouble bipolaire. Parmi les symptômes : alternance d'états maniaques et dépressifs. A l'état maniaque, l'enfant est hyperactif, parle beaucoup, se sent parfaitement bien, etc. ; à l'état dépressif, il présente les mêmes symptômes que pour la dépression (voir ci-dessus) ;
- Pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide (qui sont généralement causés par la dépression).

Les troubles de l'humeur sont très complexes. Des facteurs génétiques, physiologiques, psychologiques et sociaux entrent en ligne de compte, mais on ne peut pas dire qu'un de ces facteurs en particulier joue un rôle plus important que les autres. C'est pourquoi les traitements médicaux, la psychothérapie, la psychopédagogie et le travail social sont aussi importants les uns que les autres pour soigner les troubles de l'humeur chez les enfants et les adolescents. La première étape dans tout traitement de la dépression consiste à informer le patient, sa famille et ses autres aidants (comme ses professeurs) sur ce qu'est la dépression.

3.8 Troubles psychotiques

De toutes les psychoses, la schizophrénie est la plus importante. Il s'agit du trouble psychiatrique le plus grave et le plus handicapant qui soit. Il est très rare chez les enfants, mais certains signes précoces, en particulier pendant l'adolescence, peuvent révéler une schizophrénie naissante.

Exemples de symptômes de la schizophrénie :

- Perception erronée de la réalité ;
- Hallucinations ;
- Désorganisation du langage (ex. : perte du fil des idées, propos incohérents) ;
- Comportement bizarre ;
- Symptômes négatifs, comme l'absence d'expressivité, le mutisme, l'apathie.

Entre 0,5 et 1% de la population (dans les pays occidentaux) souffre de schizophrénie. L'âge où la maladie apparaît est de 19 ans en moyenne. Ce trouble est provoqué par un mélange complexe de facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux. Il est clair que des prédispositions génétiques sont nécessaires à l'apparition de la maladie (si l'un de ses parents est atteint de schizophrénie, il y a 10% de chances que l'enfant lui aussi en soit victime). Cependant, ce seront des facteurs de stress qui détermineront le degré de gravité de la schizophrénie chez un patient génétiquement prédisposé (une expérience traumatisante ou l'usage de drogues pourra par exemple déclencher le trouble). La schizophrénie ne se développera peut-être pas si l'enfant prédisposé à cette maladie bénéficie de facteurs de protection tels qu'un environnement familial favorable, un soutien suffisant de la part du tissu social ainsi que de bonnes stratégies d'adaptation.

La schizophrénie est difficile à soigner. Le traitement se fait toujours au moyen de médicaments. Environ 30% des patients soignés réussiront à vivre une vie normale, 30% à peu près finiront par aller mieux grâce au traitement et quelque 40% ne feront aucun progrès et auront besoin toute leur vie d'une aide professionnelle. Le risque de suicide chez les patients atteints de psychose ou de schizophrénie est très élevé.

3.9 Problèmes psychologiques causés par l'abus de produits (addiction)

L'adolescence est une phase du développement de l'enfant où l'individu commence à se séparer de ses parents et à développer sa propre personnalité. L'expérimentation (autour de l'apparence physique, de la sexualité ou de certains produits) et l'alignement sur les pairs font partie de l'évolution vers l'âge adulte. Ce phénomène n'est pas dangereux en soi, mais comporte des risques.

Le chemin qui conduit à la consommation excessive de produits (alcool, drogue) passe par les étapes suivantes :

1. Expérimentation (voir quels sont les effets d'un produit déterminé) ;
2. Consommation régulière à usage récréatif (l'enfant commence par recourir à un produit pour échapper à son quotidien et pour trouver un certain réconfort ; il s'accoutume peu à peu au produit, ses résultats scolaires se détériorent et il commence à s'éloigner de ceux de ses amis qui ne consomment pas ce produit, etc.) ;
3. Consommation excessive (le produit occupe maintenant une place centrale dans la vie de l'enfant ; sa vie sociale se dérègle, il se met à avoir affaire à la police et à la justice, il se retrouve dans des situations physiquement dangereuses. Les enfants qui commencent à consommer des produits vers l'âge de 11 ou 12 ans courent un risque particulièrement élevé de tomber dans la consommation excessive) ;
4. Dépendance et sensation de manque (l'accoutumance au produit a pris des proportions considérables, l'enfant n'arrive plus à doser le produit et ne peut pas s'empêcher de consommer ; s'il ne reçoit pas d'aide extérieure, il ne sera peut-être plus capable de surmonter sa dépendance).

Si le processus décrit ci-dessus est habituel dans le développement d'une dépendance totale, il peut prendre des formes complètement différentes chez les enfants dans les zones touchées par la guerre. Ainsi, les enfants-soldats découvrent souvent la drogue sous l'influence de leurs chefs ou d'autres jeunes combattants. On leur dit parfois que la drogue les rendra invulnérables. Quant aux enfants des rues, ils commencent souvent à sniffer de la colle pour faire taire la faim et oublier leurs ennuis quotidiens. On signale souvent une plus forte consommation de drogue et d'alcool chez les enfants et les adolescents des pays touchés par la guerre.

En fonction du produit, l'abus de drogue peut modifier l'humeur (ex. : dépression ou euphorie), l'esprit (ex. : problèmes de concentration et psychose) et le comportement (ex. : perte de contrôle, apathie ou au contraire vigilance accrue). Les raisons et la nature de cette dépendance chez les enfants dépendent de facteurs divers, tels que la disponibilité de certaines drogues, la pression exercée par le groupe de pairs, les conditions familiales et sociales. L'hérédité peut également jouer un certain rôle (ainsi, l'alcoolisme se transmet parfois de génération en génération). Le traitement des enfants dépendants est une entreprise complexe, qui exige les efforts concertés de tous les établissements et organismes sociaux impliqués. Certaines mesures, comme la sensibilisation aux dangers de l'alcool et de la drogue dans les écoles et les communautés, pourraient jouer un rôle important dans la prévention de ces problèmes.

3.10 Problèmes psychologiques causés par la maltraitance (à l'intérieur de la famille)

L'environnement familial constitue pour la plupart des enfants, en particulier chez les plus petits, le facteur modérateur le plus important dans le développement. Les dangers et les problèmes au sein de cet environnement peuvent causer de graves perturbations psychologiques.

Le problème le plus grave est la maltraitance à enfant, qui peut prendre différentes formes :

- Violences physiques ;
- Violences psychologiques (les aidants ne cessent d'humilier, de malmenager et d'effrayer l'enfant) ;
- Négligences physiques (les aidants privent l'enfant d'éléments indispensables, comme la nourriture, le sommeil, les médicaments, etc.) ;
- Négligences psychologiques (les aidants privent l'enfant d'éléments indispensables à sa santé mentale, comme l'attention, le respect, la sécurité, la chaleur humaine, l'amour, etc.) ;
- Violences sexuelles.

La maltraitance à enfant est souvent la conséquence d'un écart trop grand entre les compétences éducatives des aidants et les problèmes de l'enfant dont ils ont la charge. Cela veut dire que des parents peu compétents en matière d'éducation pourront recourir à la maltraitance même si les problèmes de l'enfant sont limités, tandis que des parents compétents ne maltraiteront leur enfant que si ce dernier cause de gros problèmes. Chez des parents très jeunes, des parents qui ont eux-mêmes été victimes de maltraitance pendant leur enfance, des parents qui ont un handicap mental, des parents qui sont dépendants de l'alcool ou de la drogue et ceux qui présentent des troubles psychologiques ou des aptitudes cognitives limitées, le risque de manquer de compétences éducatives est plus élevé. Il est difficile de quantifier la maltraitance à enfant dans les familles, et ce nombre varie selon les situations. Dans les zones touchées par la guerre, on signale souvent une augmentation du nombre de cas de maltraitance après la fin du conflit. Cela peut s'expliquer par le fait que beaucoup de parents sont « hypertendus » et ne peuvent pas répondre aux besoins ou aux demandes de leurs enfants.

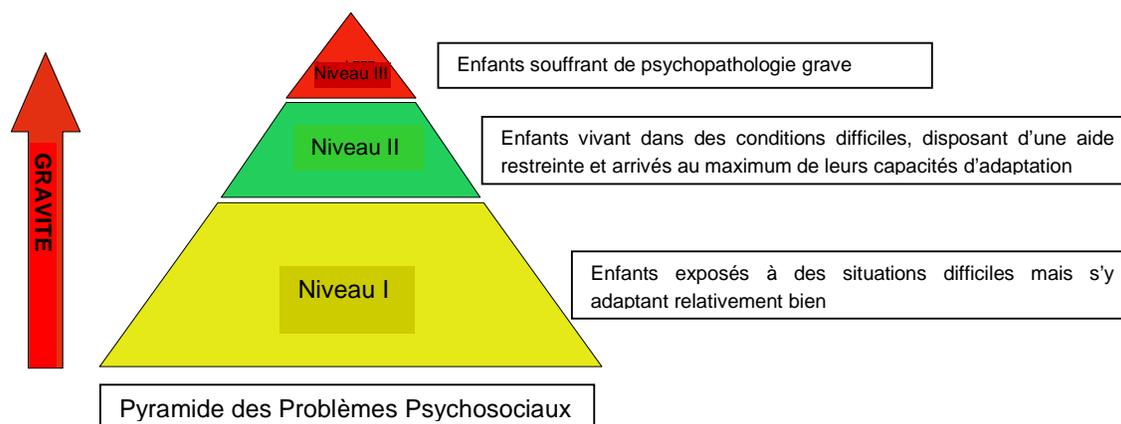
La maltraitance à enfant peut avoir des conséquences immédiates (dans le pire des cas : la mort) et des effets à long terme. Tout cela dépend du type de maltraitance. Les violences physiques, par exemple, peuvent conduire à un comportement agressif ou autodestructeur et à la dépression. Les violences psychologiques peuvent également provoquer un comportement agressif et, plus tard, empêcher le développement de l'empathie. Les négligences physiques augmentent le risque de mort prématurée ou de troubles neurologiques. Les négligences psychologiques graves, surtout dans les premières années de la vie de l'enfant, peuvent causer des difficultés à nouer des liens d'attachement. Les problèmes de comportement et la dépression sont aussi associés à ce type de maltraitance. Les violences sexuelles, bien sûr, peuvent avoir beaucoup de conséquences sur le plan

physique, telles que la grossesse, des lésions au niveau des organes génitaux et les MST⁸. Par ailleurs, les troubles du sommeil et la modification des habitudes alimentaires sont des phénomènes courants, tout comme le sont les réactions émotives (peur, colère, honte). A long terme, les violences sexuelles peuvent entraîner des troubles anxieux, des dépressions, des troubles de l'alimentation, des réactions psychosomatiques et un abus de drogue ou d'alcool. Cependant, il faut noter que les enfants victimes d'abus sexuels ne finissent pas tous par avoir des problèmes psychologiques. Encore une fois, le rôle joué par l'environnement social à travers les soins, l'aide et la compréhension dont a pu bénéficier la victime, est particulièrement déterminant.

3.11 La Pyramide des Problèmes Psychosociaux

Comme il a été expliqué dans les paragraphes précédents, de nombreux problèmes peuvent surgir pendant l'enfance. Quand ils concernent des enfants exposés à la guerre, on a tendance à en attribuer systématiquement la responsabilité au conflit. Même si la guerre peut générer directement ou indirectement certains problèmes, c'est loin d'être toujours le cas. En fait, beaucoup de problèmes empêchant le bon développement d'un enfant exposé à un conflit armé pourraient très probablement survenir dans un environnement « normal ». La plupart des problèmes sont d'ailleurs d'origine génétique. De même, certains milieux familiaux et communautaires comportent un niveau élevé de facteurs de risque n'ayant rien à voir avec la guerre. Le conflit et ses retombées accentuent toutefois les risques pour les enfants issus de ces groupes déjà très vulnérables.

On peut représenter de la manière suivante les problèmes psychosociaux rencontrés par les enfants en zone affectée par la guerre⁹ :



Niveau I : La partie la plus importante de la population est constituée d'individus ayant été moins directement touchés par la crise et dont les structures d'aide familiales et communautaires sont restées plus ou moins intactes. Dans ce groupe, les enfants et les adultes sont confrontés à de nombreux problèmes (maison détruite, impossibilité d'accéder à l'éducation, manque de temps et d'espace pour jouer, environnements dangereux tels que champs de mines, etc.), mais les réactions des enfants peuvent pour la plupart d'entre elles être considérées comme « normales » dans une situation anormale de conflit ou d'après-conflit (ex. : troubles du sommeil, agressivité, repli sur soi,

⁸ MST: Maladies Sexuellement Transmissibles

⁹ La Pyramide des Problèmes Psychosociaux s'inspire des travaux d'Arntsen & Knudsen (2004). Il convient de remarquer que ce genre de pyramide pourrait s'appliquer à n'importe quelle population, qu'elle soit ou non touchée par la guerre. Selon les cas, le nombre de personnes figurant aux niveaux I et II sera différent, mais celui des personnes souffrant de psychopathologie grave (niveau III) restera très faible.

anxiété, etc.). Ces réactions finissent par disparaître dans la majorité des cas, à condition que les enfants reçoivent l'aide et l'attention appropriées.

Niveau II : Dans la deuxième catégorie se trouvent des enfants appartenant à des groupes à risque, qui disposent de peu de moyens d'adaptation ou manquent de structures d'aide sociale où s'adresser en cas de nécessité. Ces enfants ont par exemple un handicap physique ou mental, ou bien souffrent de problèmes psychologiques plus légers. Ce sont aussi des enfants qui peuvent avoir perdu des membres de leur famille dans les conflits, qui ont vu des gens mourir ou qui ont été eux-mêmes victimes de la violence. A ce niveau, les enfants peuvent être extrêmement angoissés et avoir perdu tout espoir, mais ils conservent assez de leurs facultés psychologiques et sociales pour pouvoir fonctionner. Cette catégorie court un grand risque de dégradation psychologique et sociale si la communauté et la société ne déclenchent pas à temps les mécanismes d'aide nécessaires.

Niveau III : Dans toute population, on trouve une faible proportion de personnes nécessitant des soins psychiatriques professionnels. En situation de conflit, ce nombre peut augmenter dans la mesure où le fonctionnement psychologique et social de certains enfants et adultes est sérieusement menacé. Il s'agit d'un petit groupe, généralement estimé au maximum à 10% de la population. Les enfants qui souffraient de troubles ou de problèmes psychologiques avant le conflit et ceux qui ont dû assister à des actes de violence, à les subir ou à les commettre, ont de fortes chances d'entrer dans cette catégorie. Pour aider ce groupe, il semblerait que la méthode la plus appropriée consiste à travailler de manière plus personnalisée, en y consacrant davantage de temps, si les ressources sociales et culturelles le permettent. Les enfants ayant besoin de cette aide spécialisée peuvent bénéficier d'un accompagnement individuel sous la forme de rituels traditionnels ou d'autres pratiques culturelles locales, et non pas seulement de méthodes à l'occidentale telles que le conseil psychologique.

Les programmes de prévention de War Child mettent en place une aide psychosociale pour les enfants des catégories I et II. L'objectif est de favoriser le bon développement des enfants en améliorant la situation où ils se trouvent et en les empêchant de passer au niveau de gravité supérieur. Nous n'avons pas les moyens adéquats, ni la vocation, d'intervenir auprès d'enfants ayant des problèmes de niveau III. Cela ne veut pas dire que ces enfants ne méritent pas d'être aidés de façon appropriée, mais simplement que War Child n'est pas en mesure de fournir cette aide. Les soins psychiatriques spécialisés sont très compliqués, coûtent très chers et prennent beaucoup de temps ; il n'est donc pas étonnant que les pays les plus pauvres disposent rarement de ce type d'aide. Pourtant, notre incapacité à apporter l'aide nécessaire aux enfants du niveau III ne nous dispense pas de faire de notre mieux dans le cas où nous rencontrerions des enfants ayant des problèmes aussi graves. C'est pourquoi, comme on l'a vu au paragraphe 3.1, il est très important que les équipes de War Child soient capables de *repérer* les enfants qui ont des problèmes et, si nécessaire, de les *orienter* vers les personnes, les établissements et les organismes pouvant les aider. Pour cette raison, chaque programme devrait disposer d'une « carte des ressources sociales » très détaillée, qui couvre l'ensemble de la zone concernée et recense tous les professionnels et organismes impliqués dans l'aide à l'enfance. En l'absence d'aide spécialisée, la reconnaissance de certains problèmes chez l'enfant se justifie toujours, dans la mesure où elle permet d'ajuster au mieux une éventuelle intervention et de s'assurer que l'enfant concerné ne court aucun danger.

Reconnaître les problèmes est une chose, mais il importe aussi d'en déterminer les causes. Tout programme de prévention psychosociale visant à aider de manière appropriée et efficace les enfants des zones touchées par la guerre doit commencer par la recherche de ce qui cause les problèmes de l'enfant et par l'identification précise des risques courus.

Prenons l'exemple d'un enfant qui présente des problèmes de concentration et une hyperactivité caractérisée. Si nous attribuons ce comportement aux horribles choses que l'enfant a vues pendant la guerre, ou au peu d'attention qu'il reçoit de ses parents, notre manière d'aider cet enfant ne sera pas du tout la même que si les problèmes sont dus au TDA/H. Dans le premier cas, l'intervention de War Child permettra peut-être d'atténuer le comportement problématique de l'enfant, ou peut-être suffira-t-il de laisser cet enfant parler à quelqu'un. Mais si c'est le TDA/H qui est la cause du problème, de telles interventions ne serviront à rien. Il faudrait mettre au point une stratégie plus élaborée et plus poussée afin d'atténuer le comportement problématique en concertation avec l'école, le médecin, la famille et, si possible, obtenir une prescription médicale pour l'enfant.

Autre exemple : une fillette se tient à l'écart des autres pendant la classe ou lors d'un atelier créatif. Certaines personnes disent qu'elle n'était pas comme cela avant la guerre et qu'elle se comporte ainsi à cause de ce qui lui est arrivé, à elle et à sa famille. Même si elle semble s'amuser pendant les activités de War Child, son comportement ne s'améliore pas vraiment. Il se pourrait très bien que cette fillette ne soit pas « traumatisée », mais qu'elle ait une forme de handicap mental, ou bien des difficultés à voir ou à entendre. Cela expliquerait qu'elle ait de plus en plus de mal à comprendre les instructions des adultes. Son repli sur soi n'est alors que l'expression de sa frustration. Pour aider cette fillette, il faudrait une intervention beaucoup plus étendue et de plus grande portée que la *War Child workshop method*, par exemple.

Les cas mentionnés ci-dessus ne sont que des exemples, mais il est facile d'imaginer d'autres situations dans lesquelles les difficultés des enfants exposés à la guerre sont injustement attribuées au fait qu'ils grandissent dans de telles circonstances. Une fois encore, ce n'est pas aux équipes de War Child sur le terrain d'établir un diagnostic, mais il nous faut absolument connaître les causes possibles d'un comportement problématique si nous voulons apporter des soins appropriés et efficaces.

Quand nous préparons un programme, ou pendant notre travail au contact des enfants, il y a plusieurs choses que nous ne devons pas oublier :

- Les enfants les plus vulnérables avant un conflit sont ceux qui risquent le plus de souffrir de ce conflit. Il s'agit généralement d'enfants qui ont déjà eu des problèmes, tels qu'un handicap mental, physique ou des troubles psychologiques. Mais il peut également s'agir d'enfants qui ont toujours vécu dans un milieu à risque, par exemple parce qu'ils ont un parent souffrant de troubles psychologiques ou parce qu'ils grandissent dans la pauvreté, etc. En intervenant auprès de ces enfants, nous ne devons pas les écarter, mais au contraire les *inclure* d'une manière ou d'une autre. En essayant d'abord de renforcer certains facteurs de protection pour ces enfants (par exemple, les soins apportés par la famille, la communauté ou les pouvoirs publics), on peut faire en sorte de répondre à leurs besoins et à leurs droits ;
- Les problèmes psychosociaux des enfants peuvent avoir de multiples causes. Il est souvent très difficile de relier telle cause à tel effet. Cette complexité des problèmes rencontrés par des enfants pendant leur développement rend d'autant plus nécessaire une analyse soigneuse de tous les facteurs de risque et de protection qui influencent l'enfant et son environnement (voir au chapitre 5 comment tout cela peut ou doit se traduire dans la pratique). Il y a souvent des ressemblances et des points communs dans les symptômes des différents problèmes psychosociaux rencontrés par les enfants. A cause de cela, il peut devenir très compliqué de repérer le problème « principal », celui auquel on devrait s'intéresser en priorité pour améliorer la situation de l'enfant. Ainsi, on peut facilement confondre les symptômes de la schizophrénie et ceux de la toxicomanie, prendre pour un handicap mental le repli sur soi d'un enfant sourd qui ne comprend pas ce qui se passe, ou

bien être trompé par les troubles du sommeil associés à un SSTP alors que le problème véritable est une dépression, etc. Ce qui rend les choses encore plus compliquées, c'est que l'enfant qui souffre d'un problème risque davantage d'en développer d'autres.

Chapitre 4 Développement de l'enfant : facteurs de risque et de protection dans les zones touchées par la guerre

4.1 Introduction

Les enfants qui grandissent dans des zones touchées par la guerre font souvent preuve d'une remarquable résilience et leur développement peut alors s'effectuer correctement, en fonction de leur potentiel. En parallèle, il faut reconnaître que le fait de grandir dans une situation de conflit armé constitue une menace particulière pour un bon développement. Au cours de ce chapitre, nous commencerons par étudier les facteurs de risque spécifiques pour les enfants dans les zones touchées par la guerre. Dans la deuxième partie du chapitre, nous aborderons les facteurs de protection, qui - dans une certaine mesure - peuvent neutraliser l'impact négatif de la guerre sur le développement de l'enfant.

4.2 Facteurs de risque dans les zones touchées par la guerre¹⁰

4.2.1 Notions générales liées aux risques courus par les enfants en zone de guerre

Les facteurs de risque pour les enfants qui vivent dans les zones touchées par la guerre sont souvent similaires à ceux des enfants ou groupes d'enfants qui grandissent dans des environnements épargnés par le conflit (pour un aperçu des possibles facteurs de risque, voir au chapitre 1, paragraphe 1.6.3). Mais à cela s'ajoutent des facteurs de risque qui sont particulièrement présents en zone de guerre et qui peuvent affecter les enfants obligés de vivre dans ces conditions.

Pendant toute la lecture de ce paragraphe, il sera essentiel de se souvenir que les pratiques éducatives varient considérablement d'une culture à l'autre. La plupart des études sur les risques pour le développement de l'enfant (séparation, perte d'un proche) ont été effectuées dans des sociétés occidentales et ne se transposent pas telles quelles à d'autres contextes culturels. C'est pourquoi il importe d'observer, en tenant compte du contexte, la manière dont l'enfant réagit à une situation donnée. Cela demande un examen minutieux qui permette d'obtenir des renseignements directs sur ce que pensent, souhaitent et ressentent les personnes concernées : les enfants, leurs aidants, les chefs de communauté, les enseignants, etc.

Les enfants des zones touchées par la guerre risquent de vivre des expériences menaçant leur développement et leur bien-être. Ils ressentiront généralement une grande peur, assisteront de près à des actes de violence ou en seront peut-être les victimes, verront des destructions (comme par exemple celle de leur propre maison) ou devront fuir dans la panique. Les enfants qui vivent dans une situation de conflit prolongé connaîtront sans doute l'angoisse permanente d'être soudain confrontés à des combats ou à des bombardements, et devront s'habituer à la présence de mines ou d'obus n'ayant pas encore explosé. Beaucoup de ces expériences peuvent avoir des effets à plus ou moins long terme sur le développement et le bien-être des enfants.

Les conséquences directes de tels événements sur les enfants dépendent en particulier :

- de ce que ces événements représentent pour l'enfant (et pour sa famille), surtout s'ils ont causé la mort d'un proche (parent(s), aidant(s)) ;
- des traits de caractère de l'enfant ;
- de la présence ou de l'absence d'adultes pouvant apporter leur soutien, en particulier d'aidants familiaux ;

¹⁰ Ce paragraphe s'inspire très largement de *Child and Adolescent Development*, publié dans *Actions for the Rights of Children (ARC)* sur le site de Save The Children, 2001 (www.savethechildren.net/arc/).

- de l'implication directe de l'enfant dans ces événements, soit comme victime, soit comme participant actif.

Les conséquences à plus long terme sur le développement de l'enfant peuvent dépendre de facteurs tels que :

- la manière dont l'entourage de l'enfant réagit à son changement d'attitude, d'apparence ou à son nouveau statut social ;
- le degré de compensation par l'enfant des lourdes pertes qu'il a subies ;
- le degré d'évitement de nouveaux traumatismes ;
- l'ampleur et la qualité de l'aide apportée à l'enfant et à sa famille ;
- l'ampleur du changement imposé par les événements aux « projets de vie » de l'enfant (c'est à dire par rapport à l'existence qu'il s'imaginait, au lieu d'habitation et au mode de vie dans le futur et ce qu'il attendait de l'avenir. Exemple : placement en institution après la mort des parents).

Les jeunes enfants (de 1 à 6 ans) qui ont connu la peur et le désarroi peuvent régresser, c'est à dire perdre (provisoirement, en général) certains acquis de développement, comme la parole ou le contrôle de leur vessie et de leurs intestins. Les troubles du sommeil et de l'alimentation sont également fréquents chez eux. Ces types de réactions peuvent s'aggraver si les parents ou d'autres aidants se retrouvent dans un état de dépression ou d'anxiété, montrant moins d'énergie et d'intérêt pour l'enfant. Quand le traumatisme est renforcé par la perte de parents ou d'autres aidants, ou la séparation d'avec eux, il se peut que les réactions et la détresse de l'enfant s'amplifient (voir ci-dessous au paragraphe 4.2.2). L'enfant semble parfois avoir perdu sa capacité à jouer ou bien il introduit certains thèmes comme la violence ou la mort dans ses jeux et dans ses dessins.

*Les effets de la peur et d'une vie entourée de violence sur le développement des *enfants d'âge scolaire (de 6 à 12 ans)* portent généralement sur leurs capacités à nouer des relations et à apprendre. La faculté et la volonté de nouer des relations peuvent souffrir d'expériences qui détruisent la confiance et font naître la peur et la défiance. C'est particulièrement le cas chez les enfants qui ont perdu un de leurs proches à cause d'un décès ou d'une séparation. Ils peuvent sombrer dans la dépression et ainsi ne plus être capable de s'intéresser à l'école. Les enfants qui se replient sur eux-mêmes passent facilement inaperçus en classe, surtout s'il y a beaucoup d'élèves. D'autres conserveront leur volonté d'apprendre mais seront perturbés par des flashbacks (ces images d'un traumatisme vécu qui arrivent tout à coup à la conscience, empêchant l'enfant de se concentrer et de se motiver). L'augmentation de l'agressivité, les problèmes physiques comme les maux de tête, la perte d'appétit et d'énergie, les sautes d'humeur et autres signes d'anxiété font aussi partie des symptômes. Les enfants les plus âgés peuvent aussi se sentir coupables d'avoir survécu alors que d'autres sont morts.*

Pendant l'adolescence (de 12 à 18 ans), l'exposition à des situations violentes et effrayantes peut avoir des conséquences significatives, affectant la capacité de l'adolescent à nouer des relations et à apprendre. Dans certains cas, confrontés peut-être à la disparition de moyens d'éducation et à un développement perturbé, les adolescents peuvent avoir le sentiment que la vie n'a pas de sens et qu'ils n'ont aucune perspective d'avenir. A cet âge, les jeunes peuvent présenter beaucoup de symptômes que l'on trouve chez des enfants plus petits : la peur extrême et l'anxiété peuvent retarder l'apparition de la puberté (la poussée de croissance qui marque physiquement le début de l'adolescence). Pour eux, se livrer à des activités criminelles avec leurs pairs, se droguer et abuser d'autres produits, ou bien adopter d'autres formes de comportement antisocial, c'est une façon de s'exprimer et de manifester une profonde frustration. La disposition des adolescents à s'engager

volontairement dans les forces armées montre bien l'impact exercé sur eux par la vie en zone de guerre, à un stade aussi essentiel de leur développement.

4.2.2 Effets possibles de la guerre sur l'attachement

Comme il a été expliqué plus haut (chapitre 1, paragraphe 1.6.1), les liens d'attachement sécurisés qui relient l'enfant à ses aidants fonctionnent comme de véritables fondations pour son développement. La plupart des études sur les conséquences de la séparation ont été effectuées dans des sociétés occidentales où l'accent est particulièrement mis sur l'attachement à un aidant unique, en général la mère de l'enfant. Dans beaucoup d'autres cultures, les tout-petits s'attachent à de multiples aidants (mère, grands-parents, aînés, etc.). La séparation et la perte auront un effet différent selon l'âge de l'enfant, son niveau de développement cognitif (intelligence), sa maturité affective, le sexe auquel il appartient, ainsi que la nature et la durée de la séparation. L'impact varie aussi en fonction de la culture. Toutefois, les très jeunes enfants semblent généralement avoir tendance à réagir à la séparation en manifestant de l'anxiété. La période qui va de la naissance à l'âge de 2 ou 3 ans est particulièrement importante pour la formation des liens et la construction d'un comportement d'attachement sécurisé. Une séparation intervenant au cours de cette période provoquera une réaction de profonde détresse, surtout chez les bébés de 6 à 18 mois. En cas de séparation prolongée, il n'est pas inhabituel de voir l'enfant régresser (revenir à un comportement qui serait normal pour un enfant plus jeune que lui). Par exemple, il sera plus capricieux et exigera d'être allaité ou refusera au contraire toute nourriture, aura peur dans le noir, s'exprimera moins clairement en revenant au « langage bébé », craindra davantage les inconnus et n'essaiera peut-être plus de contrôler ses sphincters.

La notion d'attachement ne se limite pas à la seule petite enfance. Les enfants d'âge scolaire peuvent aussi réagir à la perte et à la séparation par certains comportements comme le refus, la dépression, l'agressivité, les troubles du sommeil et par des symptômes physiques comme les maux de tête, d'estomac et les difficultés respiratoires.

Tout en ayant appris à se maîtriser, à gérer leur chagrin et à mieux comprendre ce qui leur arrive, les adolescents continuent de tirer profit de la structure d'une vie de famille. La possibilité de recevoir l'aide et les conseils de mentors et d'adultes jouant un rôle de modèle leur permet d'effectuer certaines avancées en matière de développement, car les attitudes, les croyances et les valeurs qu'ils adoptent durant l'adolescence resteront sans doute valables pendant toute leur vie. La séparation peut avoir des conséquences à long terme pour les enfants comme pour les adolescents. Toutefois, il est très probable que la plupart des effets à long terme ne soient pas causés par la séparation elle-même, mais par l'absence de soins de substitution adéquats après cette séparation. Il semble que les enfants ayant connu une séparation s'en sortent le mieux lorsque des adultes (ou parfois des frères et sœurs plus âgés) s'occupent d'eux, leur procurant affection, soins et encouragement. En institution, les soins de bonne qualité sont rarement disponibles. Partout où les conditions le permettent, c'est dans le cadre familial qu'il faudrait s'occuper des enfants (surtout ceux qui n'ont pas encore l'âge d'aller à l'école). Quand les enfants ont connu plusieurs aidants (là où par exemple la mère, les aînés et les grands-parents s'occupent conjointement de l'enfant), leur détresse sera vraisemblablement moindre s'ils peuvent garder le contact avec au moins une de ces personnes. C'est pourquoi il est primordial que les frères et sœurs restent ensemble à chaque fois que c'est possible. Dans les cultures où la fratrie joue un rôle important, il est préférable que l'enfant reste auprès des siens, même si le chef de famille est un enfant, plutôt que de quitter ses frères et sœurs pour être confié à des étrangers.

Dans le cas d'une séparation et de la mise en place de soins de substitution, la capacité de l'enfant à mesurer le temps représente un élément important de son développement. Les jeunes enfants n'ont

pas encore appris à évaluer le temps tel qu'il figure sur une horloge ou un calendrier. Le bébé ne peut pas se servir de la pensée pour s'accrocher à l'image du parent dont il est séparé, tandis que les enfants de 4 à 6 ans peuvent probablement se repérer dans le temps grâce à des événements comme « l'heure de manger » ou « l'heure d'aller au lit ». Les enfants de moins de 5 ans peuvent avoir du mal à comprendre la notion de mort et ne se rendent pas forcément compte qu'un parent décédé ne reviendra pas. Quand il s'agit d'une séparation, les tentatives pour rassurer l'enfant en lui disant qu'il pourra retrouver ses parents dans quelques jours, semaines ou mois ne vaudront pas à grand chose à ses yeux et ne suffiront pas à le consoler.

Il faut bien se souvenir que la séparation est toujours liée à d'autres événements. Un enfant séparé de ses proches par la guerre ou l'exil devra non seulement gérer la séparation (qui peut être définitive), mais aussi les violentes circonstances qui ont entouré l'événement. De même, il lui faudra non seulement accepter la perte d'une ou de plusieurs figures d'attachement, mais aussi de la maison parentale et d'un environnement familial. Par contraste, l'enfant abandonné ne devra pas seulement gérer la séparation, mais aussi l'idée d'avoir été rejeté ou non désiré, et peut-être aussi le fait d'avoir été victime de négligences ou de mauvais traitements dans les mois ayant précédé l'abandon. Il se peut que les enfants inventent des explications fictives à cet abandon, l'attribuant par exemple à leur propre incapacité. La séparation s'accompagne généralement d'autres types de pertes (celle de la maison familiale, d'autres parents, de biens et de conditions de vie familiales). Pour ces enfants séparés de leurs proches, il est bon d'assurer la meilleure continuité possible avec le passé. Le fait de pouvoir continuer à vivre auprès de leurs frères et sœurs, ou de conserver quelques objets personnels, peut s'avérer extrêmement important pour les enfants.

4.2.3 Maltraitance à enfant en tant que conséquence d'un conflit

Les enfants exposés à la guerre ou au déplacement de population courent un risque fortement accru d'être exploités et maltraités. La présence d'un facteur de risque rend les enfants plus vulnérables à d'autres risques, qui peuvent alors s'accumuler. Ainsi, l'enfant séparé de ses proches sera peut-être davantage exposé à la maltraitance et à l'exploitation, tandis qu'un enfant maltraité au sein de sa famille aura plus de chances d'être recruté par les forces armées.

Les termes « exploitation » et « maltraitance » ne peuvent pas être compris dans leur sens général ou absolu, mais font plutôt référence à des comportements qui doivent être considérés comme contraires aux normes et aux modèles culturels.

Travail des enfants

En matière de travail des enfants, il importe de ne pas se cantonner à la notion occidentale de l'enfance (généralement exclue de tout travail rémunéré) et d'éviter de généraliser en affirmant que tout travail effectué par un enfant est une forme d'exploitation ou représente un danger pour son développement. D'un autre côté, certains des aspects les plus dangereux du travail peuvent être de nature psychologique et donc relativement invisibles pour un observateur extérieur. La définition de l'exploitation des enfants inclut tout travail empêchant l'enfant d'accéder à l'éducation, à cause de ses horaires ou pour toute autre raison. Les enfants peuvent être plus exposés que les adultes aux dangers du travail car il se trouvent en pleine croissance et ont des besoins particuliers de développement : le fait de devoir porter des charges excessives peut avoir des conséquences graves et irrémédiables sur la croissance d'un enfant. En revanche, des études ont montré que les enfants qui travaillent ont une capacité extraordinaire à établir un bilan complexe des avantages et des inconvénients de leurs activités.

Afin de savoir quelles sortes de travail sont préjudiciables, on peut utiliser deux catégories de critères :

Premièrement, les *conditions objectives* de travail. Il s'agit de critères tels que :

- la nature du travail de l'enfant ;
- le type de conditions de travail ;
- la présence de risques particuliers (physiques et psychologiques) ;
- la nature de la relation de travail.

Deuxièmement, la *valeur subjective* attribuée par l'enfant à son travail. Quand les enfants estiment par exemple que les avantages de leur travail (notamment la fierté de contribuer à l'économie familiale, la satisfaction et les choses apprises en travaillant) dépassent largement les inconvénients (comme de longues journées de travail), il semble que cette pensée les protège des effets les plus nocifs du travail. Ainsi, on part souvent du principe que les enfants ne devraient pas travailler parce que cela les empêche d'aller à l'école. Mais ils ne peuvent parfois être scolarisés que s'ils gagnent assez d'argent pour payer leur éducation. Il est donc important d'examiner minutieusement chaque situation en essayant notamment de comprendre le point de vue des enfants eux-mêmes.

Le sexe auquel appartiennent les enfants peut aussi entrer en ligne de compte. Dans certaines cultures, les filles ont tendance à porter un trop lourd fardeau en effectuant des tâches ménagères à la maison sans être payées pour cela, parfois en parallèle avec un travail à l'extérieur. Ce phénomène influe sur les inscriptions à l'école, où les garçons sont surreprésentés.

Exploitation et violences sexuelles

Les risques d'exploitation et de violences sexuelles augmentent en situation de guerre. La portée et la gravité de ces actes peuvent être considérables pour l'enfant, et varient en fonction de son âge, de son caractère et du sexe auquel il appartient, mais aussi de la nature et de la durée de l'expérience, de l'identité du coupable et de la qualité de l'aide apportée ensuite à la victime, surtout de la part de sa famille. Les filles représentent la majorité des enfants abusés et exploités sexuellement, même si beaucoup de garçons figurent aussi parmi les victimes (il y aurait même beaucoup plus de cas passés sous silence que chez les filles). Les effets de l'exploitation sexuelle peuvent se produire à différents niveaux, tels que :

- sur le plan physique : blessures des organes génitaux, contraction de MST et du VIH/Sida, grossesses non désirées ;
- sur le plan affectif : les conséquences sont les mêmes qu'à la suite d'un autre type de traumatisme ;
- dans de nombreuses sociétés, le sentiment de honte d'avoir subi un viol, surtout si celui-ci entraîne une grossesse, peut avoir de lourdes conséquences pour la victime ;
- les retombées sur le plan social prennent notamment la forme d'un rejet par la famille ou la communauté, en particulier si la victime n'est pas crue ou si on lui fait porter la responsabilité de ce qui s'est passé. Dans certaines cultures, l'exploitation sexuelle compromet les chances de mariage ;
- la détresse psychologique de l'enfant peut s'accroître si les personnes chargées de traiter l'affaire font preuve d'insensibilité, par exemple en interrogeant l'enfant de manière agressive, en procédant avec froideur à un examen médical, etc.

Tout cela peut avoir des conséquences aussi bien immédiates qu'à long terme sur le développement de l'enfant. La maltraitance à l'intérieur de la famille (qu'il s'agisse de violences physiques, sexuelles, de maltraitance affective ou de négligences) peut perturber sérieusement le développement de l'enfant (voir au chapitre 3, paragraphe 3.10). Il est donc important de regarder au-delà des effets immédiats sur le plan physique et affectif. La maltraitance à l'intérieur de la famille constitue un abus de confiance de la part des adultes chargés de l'enfant et censés le protéger. Il se peut que l'enfant,

en raison de son âge et de son niveau de développement, soit incapable de résister ou de se protéger face à un comportement maltraitant. Les faits continueront alors probablement jusqu'à ce que leur cause soit identifiée et neutralisée, ou ne cesseront que lorsque l'auteur des faits sera séparé de sa victime. Toutefois, le départ d'un enfant maltraité peut faire courir des risques accrus aux autres enfants de la famille.

Il n'est pas exceptionnel que des enfants maltraités deviennent des adultes maltraitants. Ainsi, des petits garçons abusés sexuellement auront plus tard tendance à agresser sexuellement les plus jeunes, tandis que les enfants victimes de négligence affective grandiront peut-être sans savoir ce qu'est l'amour ou l'affection et auront peut-être, en tant que parent, des difficultés à s'occuper de leurs propres enfants.

4.2.4 Enfants recrutés dans les forces armées

Les besoins particuliers des enfants qui ont été impliqués dans les forces armées en tant que combattants ou autres sont de mieux en mieux connus.

Ce qui constitue l'un des obstacles les plus importants pour les enfants ayant vécu de telles expériences, c'est qu'une grande partie de leur enfance s'est déroulée dans une structure très hiérarchisée et que le processus de socialisation qu'ils ont effectué était subordonné à des fins militaires. Voilà pourquoi ils auront du mal, une fois démobilisés, à s'adapter à la vie civile, à en réapprendre les codes de conduite et à nouer des relations qui ne sont plus fondées sur le pouvoir et la peur.

On aura certainement dit aux enfants impliqués dans des actes de violence et des meurtres que leur participation était utile à leur camp. Une fois encore, cela veut dire que les enfants combattants devront réapprendre à se comporter en accord avec la morale et à juger selon des valeurs appropriées à la vie civile. Certains enfants se rendent effectivement compte d'avoir commis des atrocités et en souffrent d'autant plus que cette prise de conscience s'accompagne d'un sentiment de culpabilité et de honte. Les filles ayant participé aux combats éprouveront peut-être des difficultés particulières à adopter le comportement que leur société attend d'elles et auront sans doute du mal à trouver un mari tout comme à s'adapter au rôle d'épouse et de mère. Les filles (mais aussi les garçons) risquent de subir des viols et des abus sexuels répétés, ce qui peut affecter l'acquisition d'un comportement normal pour leur âge et acceptable dans leur culture. A terme, cela constituera éventuellement un obstacle pour une intégration réussie dans la société.

Certains enfants (surtout ceux qui avaient un certain grade dans les forces armées) pourront avoir des difficultés particulières à s'adapter à la vie civile après la perte de leur statut. Même les plus jeunes peuvent avoir reçu des fonctions, des responsabilités et des pouvoirs d'adulte. A cause de cela, ils peuvent avoir énormément de mal à se conformer de nouveau à ce que l'on attend d'un enfant, comme l'obéissance aux conventions et aux règlements scolaires, ou le respect d'une certaine discipline et des attentes de la famille ou de la communauté.

L'un des aspects essentiels de la réinsertion consiste à favoriser l'estime de soi chez les enfants et à leur rendre espoir et confiance dans l'avenir. C'est une tâche qui peut s'avérer particulièrement difficile chez les ex-enfants soldats, notamment à cause de ce qu'ils perçoivent comme un manque de perspective dans leur propre communauté. Une fois que ces enfants ont repris une vie normale dans la communauté, beaucoup d'entre eux doivent faire face à une faible estime de soi et à une image confuse de ce qu'ils sont. En raison des difficultés de retour dans leur communauté et de l'absence de perspectives d'avenir, beaucoup rêvent de retrouver leur vie d'avant parmi les forces armées et risquent donc d'être recrutés de nouveau.

On ne sait pas toujours que les enfants ayant servi dans les forces armées peuvent avoir vécu des expériences positives parmi tant d'aspects négatifs et violents. Ainsi, ces jeunes ont peut-être pris part à un groupe de pairs extrêmement solidaire, ou bien ont intégré la notion de sens, parfois à travers une idéologie qui, même si elle leur a été imposée par endoctrinement, leur a donné l'idée que ses actions veulent dire quelque chose. Les enfants peuvent aussi avoir noué des liens très solides avec leurs chefs, malgré le caractère potentiellement violent et exploitant de telles relations. Même si ces aspects plus positifs ne peuvent pas toujours être remplacés facilement, il faut donner aux enfants de l'armée l'occasion de nouer de bonnes relations avec les adultes et les groupes de pairs, de retrouver la notion de sens et une certaine estime de soi, sans quoi ils auront de grandes difficultés à retourner à une vie civile plus normale au sein de leur communauté.

4.2.5 Autres types de risques pour les enfants en zone de conflit

En dehors des quatre types de risques mentionnés plus haut, il en existe d'autres que rencontrent fréquemment les enfants en bonne santé vivant dans les zones touchées par la guerre :

- *Risques physiques*, tels que :
 - la perte de la maison familiale, de l'environnement connu, de personnes, de biens, etc. ;
 - la promiscuité, l'absence de services de santé, le manque d'hygiène et d'eau potable, qui peuvent contribuer à mettre en danger la santé de l'enfant. Des programmes de vaccination inadéquats, un manque de moyens pour limiter les maladies contagieuses et de mauvais équipements de santé auront probablement de lourdes conséquences sur le bon développement des enfants et des adolescents ;
 - la malnutrition, étroitement associée à la maladie, notamment d'origine infectieuse. Les enfants sous-alimentés résistent moins bien à la maladie et, une fois qu'ils souffrent de diarrhée ou d'infection respiratoire, mangent encore moins, ce qui, par un effet de cercle vicieux, peut rapidement les conduire à la mort. Les besoins nutritionnels des enfants diffèrent sensiblement de ceux des adultes. Une malnutrition grave commençant avant la naissance et se poursuivant dans les deux premières années de vie entraîne des effets à long terme sur le développement cognitif et comportemental, ainsi que sur les facultés motrices. La malnutrition chronique peut provoquer des retards de croissance ;
 - une mauvaise santé chronique, souvent associée à la malnutrition. Elle peut freiner la tendance naturelle de l'enfant à explorer son environnement et à en retirer des connaissances, tout en compromettant ses chances de participer à des activités scolaires et sociales ;
 - des blessures physiques pouvant être liées au conflit armé. Par exemple, les bombardements ne causent pas seulement un état de choc et de l'anxiété, mais aussi une perte auditive, qui peut ensuite affecter les résultats scolaires. Bombes, éclats d'obus, balles et mines peuvent entraîner toute une série d'infirmités physiques et de risques psychologiques.

- *Risques sociaux*, tels que :
 - le fait de ne pas pouvoir bénéficier de possibilités d'éducation peut compromettre gravement le développement de l'enfant. Les enfants dont la scolarité a été interrompue au niveau du primaire auront souvent du mal à retourner plus tard à l'école. Les filles courent plus de risques d'être désavantagées sur le plan scolaire. L'absence d'éducation de base est contraire aux droits de l'enfant et finit souvent par représenter un problème qui durera toute la vie ;

- l'impossibilité de jouer. Même s'il prend différentes formes selon l'âge, le genre et la culture de l'enfant, le jeu est un élément essentiel et universel de l'enfance, qui permet d'explorer, d'apprendre, de coopérer, de se débrouiller et de s'adapter. A travers le jeu, les enfants ne développent pas seulement leurs capacités et leurs compétences, mais peuvent traiter et rejouer les expériences pénibles du passé tout en extériorisant les sentiments qui y sont associés. Dans les situation de conflit et d'exil, un certain nombre de facteurs peuvent empêcher le jeu, comme par exemple le manque de temps des parents et des autres aidants, leur éventuelle indisponibilité affective en raison de leur propres angoisses, l'absence d'espace de jeu ainsi que les problèmes de sécurité, qui peuvent conduire les parents à limiter les déplacements de leurs enfants.

4.3 Facteurs de protection dans les zones touchées par la guerre

Dans ses interventions, War Child Holland se concentre sur le renforcement de cinq facteurs de protection, qui peuvent neutraliser de nombreux risques courus par les enfants en zone de conflit. Ces facteurs ont été formulés grâce à une étude approfondie de la littérature existante et des résultats obtenus par d'autres organisations s'occupant des enfants dans les pays touchés par la guerre (à savoir : Save The Children, 2004 ; SCF/ARC, 2001 ; Apfel & Simon, 1996 ; Boyden & Mann, 2000 ; Kosteck, 2005 ; Masten et al., 1999), sans oublier notre propre expérience sur le terrain depuis des années.

Ces facteurs de protections sont :

- 1. Stratégies constructives d'adaptation chez l'enfant**
- 2. Soutien de la part des adultes**
- 3. Interaction entre pairs**
- 4. Sentiment de normalité et de perspectives d'avenir**
- 5. Paix et sécurité**

Ces cinq facteurs de protection s'avèrent essentiels (mais également menacés, voir ci-dessus au paragraphe 4.2) pour les enfants qui grandissent dans les zones touchées par la guerre. Même s'il faut toujours procéder à un examen approfondi avant de déterminer quels facteurs de risque sont les plus dangereux pour le bon développement de l'enfant, tous les programmes de WCH ont pour seul objectif de renforcer ces cinq facteurs d'une manière ou d'une autre. C'est cette approche préventive, concentrée sur les points forts des enfants, de leurs famille et de leur communauté, qui sera le mieux à même de prévenir les problèmes psychosociaux et de multiplier les chances de bon développement chez les enfants qui vivent en zone de conflit.

Des explications complémentaires sur les facteurs de protection figurent plus loin dans ce paragraphe.

4.3.1 Stratégies constructives d'adaptation chez l'enfant

Les réactions adaptatives au stress sont le résultat de stratégies d'adaptation positives, qui sont elles-mêmes issues de l'équilibre entre des facteurs de risque et de protection plus ou moins permanents (Garmezy, 1985). Les stratégies constructives d'adaptation sont les facultés et capacités que l'enfant acquiert et développe tout au long de sa vie et qui l'aident à gérer psychologiquement les situations rencontrées. Ces stratégies renforcent la résilience des enfants confrontés à des expériences difficiles et favorise leur bon développement sur le plan psychosocial.

4.3.2 Soutien de la part des adultes

L'affection parentale, qui s'exprime par les gestes (ex. : bisous, câlins) et par les mots (ex. : encouragements, paroles affectueuses), est un phénomène reconnu comme universel (Rohner,

1986). Elle semble aussi généralement liée à des effets positifs sur le plan psychosocial, tels que le bien-être mental, l'estime de soi et la réussite scolaire. Le manque d'affection parentale s'avère généralement lié à des effets négatifs sur le plan psychosocial, tels que l'agressivité, la mauvaise conduite à l'école, l'apathie et les syndromes dépressifs (Chen et al., 1998 ; Greenberger & Chen, 1996).

Tout enfant à besoin du soutien à la fois physique, psychologique et moral des adultes qui s'occupent de lui, de manière à pouvoir grandir et se développer en bonne santé (physique et mentale). Les parents ou les aidants proches sont les mieux à même d'apporter à l'enfant le soutien dont il a besoin. Les enfants qui reçoivent chaleur et attention se sentent en sécurité et sont davantage en mesure d'explorer le monde et de développer différentes compétences. Le soutien des parents ou des aidants proches, mais aussi celui d'autres personnes habilitées (grands-parents, oncles/tantes, enseignants, professionnels et autres) est tout à fait essentiel. C'est à travers les échanges sociaux que l'enfant se forme une identité sexuelle et ethnique, intègre les normes et les valeurs propres à sa culture, fréquente l'école et d'autres institutions collectives, apprend à devenir un membre à part entière de la société (Save The Children, 2004). Parallèlement, la malveillance des adultes responsables (mauvais traitements, négligences) peut s'avérer extrêmement destructrice.

4.3.3 Interaction avec les pairs

Indissociables du jeu, les relations qui s'établissent entre les enfants permettent à chacun d'acquérir de nombreuses aptitudes sociales au contact de leurs pairs. Contrairement aux relations enfant-adulte, les rapports entre pairs reposent sur l'égalité de tous les participants. Ils peuvent ainsi négocier entre eux les termes de leurs échanges comme ils ne pourraient jamais le faire avec des adultes. Les enfants acquièrent une certaine aptitude à l'amitié et à la solidarité sur la base de la réciprocité et du soutien mutuel. Grâce à l'autre, l'enfant apprend le bien et le mal, la loyauté, et découvre ce qui se passe quand on fait de la peine à quelqu'un ou qu'on trahit sa confiance.

Les enfants résilients auront plus de chances d'avoir un ou plusieurs amis proches que les enfants qui ne réussissent pas à s'adapter aussi bien (Werner, 1990). Plus ils seront capable de nouer des liens d'amitié étroits et solides, et de se faire accepter et apprécier par leurs pairs, mieux ils réussiront à l'école et, plus tard, dans la vie. A l'adolescence, le fait d'avoir des amis proches permet d'acquérir la base d'une meilleure connaissance de soi, grâce à un processus de réflexion mutuelle. Les jeunes ont en effet tendance à discuter de leurs problèmes, de leurs sentiments, de leurs craintes et de leurs doutes avec leurs meilleurs amis plutôt qu'avec leurs parents. Les enfants, surtout quand il s'agit de bons copains, s'aident mutuellement à penser les choses de manière plus nette et plus responsable.

Il apparaît que les relations entre pairs sont également importantes pour le bien-être des adolescents (Greenberger, Chen, Tally, & Dong, 2000). Mais attention : en fonction de la culture, le temps passé avec leurs pairs par les adolescents peut varier (voir Fuligni & Stevenson, 1995). Par conséquent, l'influence exercée par les pairs diffère aussi d'une culture à l'autre.

4.3.4 Sentiment de normalité et de perspectives d'avenir

Sentiment de normalité, de structure et de perspectives d'avenir constituent des facteurs importants pour le bon développement de l'enfant. La routine, les tâches et les rituels créent chez lui un sentiment de sécurité. Dans un environnement sans surprises, l'enfant peut donner un sens à sa vie et se projeter dans l'avenir. Dans une situation de conflit, beaucoup de ces habitudes et de ces structures sont mises à mal. Les communautés se désagrègent, les écoles et les établissements de santé ferment leurs portes, les familles se décomposent et, dans bien des cas, l'ensemble du tissu social se disloque. Des activités régulières comme l'école, mais aussi les loisirs, les jeux et les sports organisés peuvent aider à rétablir le sentiment de la normalité et de perspectives d'avenir chez les

enfants. Les parents et les aidants peuvent être encouragés à donner de la structure à leur foyer. Mais la restauration de pratiques traditionnelles et de rituels peut aussi contribuer à faire revenir le sentiment de normalité. Il faut pourtant noter que la structure et la routine ont aussi des côtés négatifs : un foyer hyperorganisé, un travail ou des tâches quotidiennes trop lourdes représentent parfois un vrai fardeau pour les enfants.

Les bonnes expériences à l'école contribuent à donner à l'enfant la force dont il a besoin dans un environnement par ailleurs désorganisé. C'est pourquoi l'école est un lieu essentiel pour le bon fonctionnement psychosocial des enfants. Les bénéfices qu'ils retirent de telles expériences peuvent être dues aux études suivies, mais aussi au succès obtenu auprès des autres, aux bons rapports avec un enseignant, à la possibilité de prendre des responsabilités ou encore à une réussite dans un domaine parascolaire tel que le sport, la musique et l'art (Rutter, 1987). Les enfants les plus résilients semblent vivre dans des environnements (école et foyer) réceptifs et chaleureux, mais aussi organisés, sans surprises et régi par des règles, des normes et des responsabilités clairement définies et appliquées avec cohérence ; ces caractéristiques s'avèrent particulièrement importantes pour les enfants exposés à des changements tels que le déplacement et la séparation (Werner, 1990). Au sein de l'école, l'enfant se modèle aussi bien sur les adultes que sur ses pairs pour bien se comporter dans un contexte social. Ce processus l'aide à développer le sentiment d'avoir des capacités sur le plan social, lui donne confiance en lui-même et l'encourage à adopter une attitude positive. Par ailleurs, la réussite à l'école ou l'excellence dans des activités parascolaires comme le sport ou l'art permettent de renforcer considérablement l'estime de soi et la confiance en soi. L'une et l'autre ont des effets positifs sur les facultés d'adaptation de l'enfant. L'école, cela revient également à consacrer tout son temps à des activités qui veulent dire quelque chose ; elles donnent de la structure et du sens à chaque jour qui passe (Mikus Kos, 2005).

4.3.5 Paix et sécurité

La sécurité et la paix sont toutes deux essentielles pour le développement des enfants. Pas plus que les adultes, ils ne peuvent fonctionner correctement dans des conditions de vie périlleuses. Confrontés à des situations de haine, de discrimination et de méfiance, les enfants peuvent voir leur développement sérieusement compromis. Quand ils ont été exposés à des situations accablantes et extrêmement dangereuses, tous les enfants du monde présentent une grande détresse affective, qui peut prendre la forme d'une modification du comportement, d'un retard de développement ou d'autres perturbations.

Chapitre 5 Développement de l'enfant : incidence sur l'action de War Child

5.1 Introduction

Le présent document ne constitue pas seulement un outil de référence, mais donne également les bases sur lesquelles tout programme de War Child doit s'appuyer en matière de développement de l'enfant. On a vu dans les chapitres précédents ce qu'est le développement de l'enfant, comment il s'articule avec l'enfance et l'adolescence en zone touchée par la guerre, comment il évolue vers l'âge adulte et à quels écueils il peut être confronté. Nous concluons ce chapitre par quelques recommandations générales pour les actions de War Child.

5.2 Encourager le développement de l'enfant dans les programmes de War Child

L'approche de War Child est préventive : nous cherchons à prévenir les problèmes psychosociaux et nous stimulons les conditions nécessaires à un bon développement des enfants en zone de guerre. Pour cela, nous nous concentrons sur l'enfant et son environnement social. Nous renforçons en particulier les facteurs de protection pouvant neutraliser les facteurs de risques les plus fréquents dans les zones de conflit.

Pour favoriser de manière efficace le développement de l'enfant dans nos programmes, nous devons d'abord nous préoccuper des aspects suivants :

- A chaque stade d'un projet ou d'un programme, il nous faut analyser soigneusement les facteurs de risque qui compromettent le bon développement des enfants. Cette analyse devrait se faire à tous les degrés, depuis l'échelon national jusqu'au niveau du groupe ou de la communauté où nous intervenons ;
- Les problèmes de développement chez les enfants sont généralement dus à des causes complexes et souvent interdépendantes. Lorsque nous essayons d'analyser ces problèmes, nous devons éviter toute simplification et nous rappeler en permanence que la présence d'un seul facteur de risque peut exposer l'enfant à d'autres risques ;
- Nous devrions (pour autant que cela soit possible) intervenir « sur mesure ». Cela veut dire qu'il faut favoriser chacun des cinq facteurs de protection et non pas se limiter à quelques-uns. Les effets d'une intervention sur les besoins, les problèmes et les droits particuliers d'un groupe de bénéficiaires devraient être connus de tous. Comment cette intervention s'articule-t-elle avec le(s) risque(s) que courent ces enfants ? Pour un groupe d'enfants de 6 à 12 ans, par exemple, il faudra peut-être encourager en priorité le soutien de la part des adultes, tandis que pour des adolescents de la même communauté, on préférera stimuler le sentiment de normalité et de perspectives d'avenir. Les deux groupes bénéficieront ainsi de différents types d'intervention ;
- Nous devrions toujours nous assurer que nos interventions bénéficient également aux enfants les plus vulnérables et les plus exposés au risque. Toutefois, cela ne doit pas conduire à la stigmatisation des groupes à risque. La meilleure façon d'éviter une telle dérive consiste à adopter une approche d'intégration : toucher les enfants à risque en les incorporant à des interventions visant des groupes plus importants¹¹.

¹¹ Toutefois, dans certaines circonstances, il sera peut-être nécessaire d'organiser des activités à part pour un tel groupe; il peut s'agir d'enfants handicapés mentaux vivant en institution, ou d'un groupe d'enfants soldats participant à un programme de DDR. Par ailleurs, les enfants isolés peuvent avoir besoin qu'on s'occupe d'eux individuellement. Même si ce type d'intervention dépasse généralement les compétences de War Child, il faut s'efforcer d'apporter un soutien à ces enfants ; ainsi, War Child Soudan aide certains enfants des rues à rejoindre leur famille.

Une fois ces aspects pris en compte, on peut encourager le développement de l'enfant dans les programmes de War Child de la manière suivante :

1. En renforçant les capacités d'adaptation de l'enfant par :
 - la multiplication des possibilités de jouer et de s'exprimer pour les enfants et les adolescents ;
 - l'amélioration de l'éducation pour les enfants et les adolescents ;
 - la stimulation de la capacité à vivre et à subsister chez les enfants et les adolescents.

2. En renforçant le soutien des adultes par :
 - la sensibilisation aux droits de l'enfant et leur promotion auprès des familles, des communautés et de la société ;
 - la sensibilisation au développement de l'enfant et sa promotion auprès des familles, des communautés et de la société
 - l'augmentation des moyens alloués aux professionnels et aux bénévoles pour encourager le développement psychosocial des enfants ;
 - l'amélioration de la protection des enfants et des adolescents.

3. En renforçant l'interaction entre pairs par :
 - la multiplication des possibilités de jouer et de s'exprimer pour les enfants et les adolescents ;
 - l'encouragement à la compréhension mutuelle entre groupes ;
 - l'amélioration de l'éducation des enfants et des adolescents.

4. En renforçant le sentiment de normalité et de perspective d'avenir par :
 - l'instauration ou la restauration de structures sociales, de rituels et de traditions dans la vie de la communauté ;
 - l'amélioration de l'éducation des enfants et des adolescents ;
 - la stimulation de la capacité à vivre et à subsister chez les enfants et les adolescents.

5. En renforçant la paix et la sécurité par :
 - l'encouragement des efforts en faveur de la paix et de la réconciliation de la part des communautés et de la société ;
 - l'encouragement à la compréhension mutuelle entre groupes ;
 - l'amélioration de la protection des enfants et des adolescents.

5.3 Implication des enfants et des adolescents dans la mise au point et l'application des programmes de War Child¹²

La participation des enfants est un droit qui a été défini par la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE). Ce concept comprend des aspects importants pour le développement de l'enfant, qui seront étudiés dans ce paragraphe. Participer, c'est littéralement prendre part à quelque chose, avoir son mot à dire, s'impliquer, partager, être de la partie, etc. Dans le contexte des activités de War Child, on peut décrire la participation des enfants comme « le fait d'écouter les enfants, de les laisser exprimer leur propres préoccupations et de prendre en compte leur maturité et leurs compétences, leur permettant ainsi de participer à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des activités, ce qui peut sous-entendre de les impliquer dans la prise de décision » (Van Beers, 1995).

¹² Ce paragraphe s'inspire très largement de *Child and Adolescent Development*, publié dans Actions for the Rights of Children (ARC) sur le site de Save The Children, 2001 (www.savethechildren.net/arc/).

La participation en tant que concept des droits de l'enfant

La notion de participation est bien ancrée dans la Convention relative aux Droits de l'Enfant. L'article 12 stipule que « les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité ». Cette importante disposition est suivie de l'article 13, qui fait référence au droit de l'enfant à s'exprimer librement. L'article 15, lui, reconnaît à l'enfant le droit d'association et de réunion pacifique. Quant à l'article 17, il souligne l'importance de l'accès de l'enfant à l'information.

Mais la participation ne se fait pas comme ça : il faut aussi que les adultes assurent aux jeunes un environnement favorable, qui leur permette de participer à mesure de leurs capacités naissantes.

La participation et le développement de l'enfant

La participation est un aspect fondamental du développement de l'enfant. On peut l'examiner sous trois angles :

1. Les enfants prennent une part active à leur propre développement ;
2. La participation des enfants peut favoriser leur développement ;
3. La participation des enfants et des adolescents peut conduire à une meilleure prise de décision.

1. Les enfants prennent une part active à leur propre développement

War Child considère le développement de l'enfant d'un point de vue relationnel et environnemental (voir au chapitre 1, paragraphe 1.3). Cela signifie que les enfants – dès leur plus jeune âge – réagissent à leur environnement et contribuent à lui donner forme. Les enfants, au niveau de leur développement, sont influencés par leur environnement tout en exerçant une influence sur lui. Ainsi, un nourrisson vif et en bonne santé influencera le comportement de ses parents et les rendra attentionnés, bien plus que ne le ferait un bébé passif ou constamment irritable. Pendant la croissance de l'enfant, on distingue clairement une période où son aptitude à participer se développe, même si l'âge où apparaissent certaines facultés diffère selon les individus et les cultures.

Parmi les capacités à participer aux échanges sociaux et à la prise de décision, il y a :

- la compétence langagière – l'aptitude à communiquer et à utiliser le langage pour coopérer avec autrui ;
- l'empathie – la capacité à comprendre les sentiments et les points de vue d'autrui ;
- l'abstraction – par exemple, la capacité à conceptualiser un processus impalpable visant un objectif non concret ;
- la notion du temps ;
- la capacité à maîtriser ses impulsions – c'est à dire le fait de vouloir satisfaire immédiatement ses besoins et désirs personnels ;
- la capacité à comprendre et à accepter l'éventualité qu'un exercice participatif profite aux autres plus qu'à soi-même ;
- la capacité à se concentrer, à écouter, à analyser, à mettre en avant son point de vue, etc. ;
- la capacité à maîtriser ses émotions, en particulier la colère et la frustration.

En général, les enfants âgés de 5 à 7 ans environ sont capables de prendre des décisions et de participer à des activités familières et très concrètes, qui donnent des résultats immédiats. Vers 8-9 ans, leur aptitude à participer se développe rapidement et, arrivés à l'âge de 10-12 ans, ils auront acquis une certaine maturité et posséderont une bonne partie des compétences mentionnées ci-dessus, même s'il faut veiller à ce que les enjeux soient clairs à leurs yeux. L'expérience tend à

montrer que les adolescents font généralement des participants très actifs et qu'ils peuvent s'engager profondément dans les programmes. Cependant, il faut bien se rappeler que l'âge où certaines compétences sont acquises varie significativement selon les cultures et les individus. La participation des enfants est également liée à des questions de genre et de valeurs culturelles, qui seront traitées ci-dessous.

2. La participation des enfants peut favoriser leur développement.

La participation des enfants implique qu'ils soient écoutés sans condescendance, que leurs idées et leurs points de vue soient pris au sérieux et (le cas échéant) qu'ils puissent recevoir des responsabilités lors d'une prise de décision. Cela peut conforter les enfants et contribuer à renforcer chez eux l'estime de soi et la confiance en soi, tout en leur permettant d'acquérir des capacités comme celles qui ont été décrites plus haut. Le résultat de certaines études suggère également que la résilience des enfants et des adolescents augmente quand ils ont l'occasion de participer véritablement et d'apporter quelque chose à l'environnement dans lequel ils sont impliqués.

3. La participation des enfants et des adolescents peut conduire à une meilleure prise de décision.

Plus largement, la participation des enfants peut favoriser l'organisation et la mise en œuvre des programmes. Par exemple, un projet de maison de jeunes aura plus de chances de correspondre aux besoins particuliers des adolescents si eux-mêmes sont impliqués, s'ils ont la possibilité d'aider à identifier les problèmes qu'ils vivent et à définir les priorités du programme ainsi que son mode de fonctionnement. S'ils se sentent responsables de ce programme, il y a de fortes chances qu'ils en profitent.

Participation des enfants : questions de genre et de culture

Il se peut bien que le concept de participation remette en question l'idée que l'on se fait de la place des enfants dans nombre de sociétés et de traditions éducatives. C'est pourquoi il sera sans doute difficile de faire accepter cette notion dans des contextes où il convient aux enfants « de se montrer mais pas de se faire entendre ». Cela doit peser face aux avantages réels qu'offre la participation des enfants. En même temps, il faut présenter les choses avec sensibilité pour que les acteurs-clés (professionnels, parents, enfants eux-mêmes) ne considèrent pas la participation comme une menace mais qu'ils en voient plutôt les aspects positifs.

Participer, c'est être responsable. Il peut être utile de mettre en avant cet aspect des choses si l'on souhaite fonctionner de manière plus participative. C'est en collaborant avec d'autres que les enfants, comme les adultes, apprennent à exercer des responsabilités. Les membres d'une équipe ne peuvent obtenir de véritable participation au programme que si chacun s'engage réellement. Selon une étude, les équipes qui travaillent dans une structure fortement hiérarchisée, autoritaire et où la participation du personnel n'est pas encouragée, seraient plutôt réticents à l'idée de faire participer les enfants.

Les questions de genre peuvent jouer un rôle significatif. Dans de nombreux contextes, les garçons se voient offrir plus de possibilités que les filles pour participer, ce qui peut refléter à la fois l'idée que l'on se fait de la différence entre les sexes dans certaines cultures et le fait que les filles sont souvent chargées d'une quantité de travail plus importante à la maison. Il n'est pas inhabituel qu'un programme soit conçu pour répondre surtout aux besoins des garçons, en particulier dans les camps de réfugiés où ils sont plus visibles – et parfois considérés comme des éléments potentiellement plus perturbateurs – que les filles. Il faudra éventuellement veiller à ce que les filles s'engagent plus activement et s'assurer que les garçons ne soient pas les seuls à participer aux prises de décisions.

Participation : questions de mise en œuvre

Malgré les efforts de War Child en faveur de la participation des enfants, les équipes sur le terrain ont parfois des difficultés à la mettre en œuvre de manière constructive, surtout dans les cultures peu habituées à cette idée.

Grâce à la définition de Van Beers (voir plus haut), on peut distinguer deux aspects de la participation : à un premier niveau, elle peut inciter les enfants à formuler leurs idées et leurs préoccupations et à prendre part à un projet ; à un second niveau, elle peut rendre les enfants plus autonomes et leur permettre de prendre des décisions, d'agir de manière indépendante, de s'organiser, etc. Dans certains programmes, les jeunes sont impliqués au premier niveau mais pas au second, ou vice versa. Par exemple, un programme d'éducation à la paix peut être fortement participatif dans la mesure où les enfants sont associés activement à leur propre apprentissage, si ce n'est que cette participation de base se fait dans un contexte où les objectifs du projet, le programme éducatif et les méthodes pédagogiques ont été élaborés par des adultes, sans intervention aucune des enfants. Dans ce cas, les jeunes sont profondément impliqués dans les activités du programme, mais n'acquièrent pas plus d'autonomie en participant à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet. Cela peut bien sûr se justifier dans certaines circonstances.

La véritable participation ne se rattache pas « comme cela » à un programme, mais doit y être incorporée après un sérieux travail de réflexion et une préparation soigneuse. Les efforts entrepris pour aider les enfants à « exprimer leurs vues » peuvent parfois devenir un peu trop directifs, laissant à certains jeunes une marge de manœuvre très réduite pour prendre la parole devant un public d'adultes. En effet, ces programmes ne sont pas assez souvent conçus par les enfants eux-mêmes et il n'est pas toujours évident qu'une opinion sélectionnée pour être présentée officiellement soit partagée par la majorité des enfants. Si l'on considère la participation du point de vue du développement, il faut souligner qu'elle n'obéit pas, ni par sa forme ni par sa nature, à des schémas pré-établis ni à un calendrier fixe. Au contraire, la véritable participation doit évoluer selon les principes de base du développement de l'enfant et le contexte culturel, politique, économique et social.

Pour que les enfants et les adolescents participent de manière efficace et justifiée, il faut se poser les questions suivantes :

1. Quels sont les objectifs de l'implication de ces jeunes ? Correspondent-ils aux capacités et aux aptitudes naissantes de ces enfants ?
2. Quels sont, dans ce programme, les domaines et les aspects pouvant impliquer ces jeunes ? Peut-on limiter cette participation de manière justifiée ?
3. Comment la participation des enfants est-elle perçue dans la culture locale ? Comment cette participation sera-t-elle présentée aux jeunes, aux parents et aux chefs communautaires ? A quelles difficultés peut-on s'attendre et comment seront-elles surmontées ?
4. Quelles méthodes et quelles techniques utilisera-t-on pour faire participer les jeunes ?
5. A-t-on pensé aux questions de genre et comment les a-t-on abordées ? La participation des filles, ou des garçons, exigera-t-elle une approche ou des techniques particulières ?
6. Les membres de l'équipe se sont-ils engagés en faveur de la participation des enfants ? Ont-ils bénéficié eux-mêmes des avantages de la participation ? La perçoivent-ils au contraire comme une menace pour leur fonction et, dans ce cas, comment un tel problème sera-t-il résolu ?

5.4 Recommandations générales pour l'utilisation du cadre de référence sur le développement de l'enfant dans les programmes de War Child

Tout au long de ce document, nous avons insisté sur le fait que les programmes de War Child ont pour objectif principal de stimuler et de favoriser le bon développement psychosocial des enfants dans les zones touchées par la guerre. Une double approche préventive, visant à empêcher le développement de problèmes psychosociaux et à favoriser le bon développement de l'enfant, permet d'atteindre ce but. Si l'on veut que cette approche porte ses fruits, il convient de prendre en compte plusieurs considérations et recommandations (autres que celles mentionnées aux paragraphes 5.2 et 5.3) :

- Tous les collaborateurs de War Child sur le terrain (y compris les *expat trainers*, *content supervisors* et *project coordinators*) recevront une formation approfondie portant sur l'utilisation et la portée du cadre de référence sur le développement de l'enfant. Cette formation comprendra, en plus des aspects traités dans ce document, des observations techniques, des méthodes d'orientation et des techniques pour la participation des enfants et des adolescents. La formation sera conçue et mise en place au cours de la période 2007-2008 par un spécialiste du développement de l'enfant, qui travaille au département Méthodologie du siège de War Child ;
- Tous les collaborateurs de War Child sur le terrain (y compris les *expat trainers*, *content supervisors* et *project coordinators*) recevront une formation approfondie sur la RBA (*Rights Based Approach*). Comme il a été expliqué au chapitre 1, paragraphe 1.4 (et dans d'autres parties de ce document), l'action en faveur de la CDE et sa mise en œuvre créent d'importantes occasions d'encourager le bon développement de l'enfant. L'un des principaux composants de cette formation est la sensibilisation à l'interdépendance entre les questions de développement de l'enfant et les droits des enfants. La formation sera conçue et mise en place au cours de la période 2007-2008 par un spécialiste de la RBA, qui travaille au département Méthodologie du siège de War Child ;
- War Child mettra au point d'autres fiches et documents de référence portant sur le développement de l'enfant dans certains groupes à risque (enfants-soldats, handicapés, déplacés/réfugiés, etc.) et pouvant être utiles aux équipes dans leur travail sur le terrain ;
- War Child mettra au point d'autres instruments d'évaluation des facteurs de risque et des problèmes de développement chez l'enfant (en partant éventuellement de la RBA), qui pourront être utilisés à tout niveau de mise en œuvre d'un programme, depuis l'échelon national jusqu'au niveau local, communautaire et individuel (la *Child Observation Checklist* figurant dans la *PME toolbox* est un exemple de ce type d'instrument) ;
- L'équipe Méthodologie, au siège de War Child, assurera une fonction « d'aide à distance » plus complète en matière de psychologie de l'enfant. Cela veut dire que le personnel de terrain, s'il en ressent le besoin, peut prendre contact avec un spécialiste du développement de l'enfant, qui, depuis le siège, procurera des conseils sur l'approche à adopter envers un enfant ou un groupe d'enfants particulier. Si nécessaire, ce même spécialiste pourra être temporairement détaché pour assister l'équipe de terrain dans l'évaluation, la conception et la mise en œuvre d'un programme.

Ces recommandations, ainsi que l'élaboration du cadre de référence pour le développement de l'enfant, seront réalisées sous la coordination et la supervision d'un spécialiste du développement de l'enfant au département Méthodologie du siège, pendant la période 2007-2008.

Références bibliographiques et ouvrages recommandés¹³

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Anthony, E.J. (1987). Children at high risk for psychosis growing up successfully. In E.J. Anthony & B.J. Cohler (eds.), *The invulnerable child* (pp. 147 –184). New York: Guilford Press.

* Apfel, R. J., & Simon, B. (Eds.). (1996). *Minefields in their hearts: The mental health of children in war and communal violence*. New Haven, CT: Yale University Press.

* Arntson, L., Knudsen, C. (2004) *Psychosocial Care and Protection of Children in Emergencies: A Field Guide*. Save the Children Federation.

Bosma, H.A. (1991). Identiteit en identiteitsproblemen in de adolescentie. In *Handboek Kinderen en Adolescenten*, 14. Deventer, NL: Van Loghum Slaterus.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation*. New York: Basic Books.

* Boyden, J., & Mann, G. (2000). Children's risk, resilience and coping in extreme situations. *Background paper to the Consultation on Children in Adversity*. Unpublished manuscript, Oxford.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cole, M., & Cole, S.R. (1989). *The Development of Children*. New York: Scientific American Books.

Chen, C., Greenberger, E., Lester, J., Dong, Q., & Guo, M. S. (1998). A cross-cultural study of family and peer correlates of adolescent misconduct. *Developmental Psychology*, 34, 770-781

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

Delaney, C.H. (1995). Rites of Passage in Adolescence. *Adolescence*, 30.

Dryfoos, J. G. (1990). Community Schools: New institutional arrangements for preventing high-risk behavior. *Family Life Educator*, Summer, 4-9.

Erikson, E. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.

Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.

Felsman, J. K. and Vaillant, G. E. (1987). Resilient children as adults; a 40-year old study. In Anthony, E. J. and Cohler, B. J. (Eds.), *The Invulnerable Child* (pp. 289-314). New York, NY: Guilford.

¹³ Les références précédées de * correspondent aux ouvrages les plus pertinents et sont particulièrement recommandées aux collaborateurs de War Child. Ces documents sont disponibles par l'intermédiaire du département Méthodologie, au siège.

- Fulgini, A. J., & Stevenson, H. W. (1995). Time use and mathematics achievement among American, Chinese, and Japanese high school students. *Child Development, 66*, 830-842.
- Garnezy, N. (1985). Stress resilient children: The search for protective factors. In J. Stevenson (Ed.), *Recent Research in Developmental Psychology*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Gilgun, Jane F. (1999). Mapping resilience as process among adults maltreated in childhood. In Hamilton I. McCubbin, Elizabeth A. Thompson, Anne I. Thompson, & Jo A. Futrell (Eds.), *The dynamics of resilient families*. (pp. 41-70). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greenberger, E., & Chen, C. (1996). Perceived family relationship and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology, 32*, 707-716.
- Greenberger, E., Chen, C., Tally, S.R., & Dong, Q. (2000). Family, Peer, and Individual Correlates of Depressive Symptomatology in U.S. and Chinese Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 209-219.
- Groenendaal, J.H.A., Van Yperen, T.A. (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In J.Rispens, P.P. Goudena & J.J.M. Groenendaal (Eds.) *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. Den Haag: The Bernard Van Leer Foundation.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence*. New York: Appleton.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 133-164.
- Kohlberg, L. (1973). Continuities in childhood and adult moral development revisited. In: P. Baltes & W. Schaie (Eds.). *Life-span developmental psychology, research and theory*. New York: Academic Press.
- * Kos, M. (2005). Training teachers in areas of armed conflict: a manual. In *Intervention, Volume 3, Number 2*.
- * Kosteck, C. (2005). *Resilience in Children: Attitude Shift from Deficits to Recognizing and Building Strengths*. (www.stfrancis.edu/srsymposium/projects/swrk/ckosteck_swrk.pdf).
- LeBlanc, J.C., Talbot, P.J., Craig, W.M. (2005). Psychosocial health in youth: an international perspective. In M. Ungar (ed.) *Handbook for working with children and youth: pathways to resilience across cultures and contexts*. Thousand Oaks: Sage.
- LeVine, R.A., & Miller, P.M. (1990). Commentary. *Human Development, 33*, 73-80.

* Loughry, M. (1999). *The Definition and Orientation of Psychological Programming in Crisis Situations*. (Presentation for the Regional Conference on Women and Children in Refugee and Refugee Like Situations in South Asia, Dhaka, November 1999).

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behaviour problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *64*, 64-73.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In J.Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 520-554). New York: Guilford Press.

* Macksoud, M. (2000). *Aider les enfants à faire face aux tensions de la guerre : un manuel pour les parents et les enseignants*. UNICEF.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D.Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-184). Chicago: University of Chicago Press.

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

Masten, A.S., Hubbard, J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Adversity, resources and resilience: Pathways to competence from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, *11*, 143-169.

Matas, L., Arend, R., & Sroufe, L. (1978). Continuity of adaptation in the second year. The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, *49*, 547-556.

Mc Hale, S.M., Crouter, A.C., & Tucker, C.J. (2001). Free-time activities in middle childhood: Links with adjustment in early adolescence. *Child Development*, *72*, 1764-1778.

Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St. Laurent, D., & Saintong, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction and behaviour problems. *Child Development*, *69*, 1390-1405.

Nelson, C.A. (2000b). The neurobiological bases of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp.204-227). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Nowakowski, R.S., & Hayes, N.L. (1999). CNS development: An overview. *Development and Psychopathology*, *11*, 395-417.

- Paley, V.G. (1988). *Bad guys don't have birthdays: Fantasy play at four*. Chicago: University of Chicago Press.
- Perry, B.D. (2002a). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*, 3, 79-100.
- Piaget, J. (1951). *Judgment and reasoning in the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York: Basic Books.
- Pollard, J., Hawkins, J. D., & Arthur, M. A. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioural outcomes in adolescence. *Social Work Research*, 23, 3, 145-158.
- Posada, G., Jacobs, A., Richmond, M.K., Carbonell, O.A., Alzate, G., Bustamante, M.R., & Quiceno, J. (2002). Maternal caregiving and infant security in two cultures. *Developmental Psychology*, 38, 67-78.
- Rabain-Jamin, J. (1989). Culture and early social interactions. The example of mother-infant object play in African and native French families. *European Journal of Psychology of Education, special issue: Infancy and Education*, 4, 295-305.
- Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangelsdorf, S., & Sroufe, L.A. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality*, 57, 257-281.
- Rispens, J., Van Tuijl, C. (1994). Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen: begripsbepaling en context. In J.Rispens, P.P. Goudena, J.J.M. Groenedaal (Eds.) *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rohner, R.P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rubin, K.H., Bukowski, W., & Parker, J.G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology* (5th ed.). Vol. 3: *Social, emotional and personality development* (pp. 619-700). New York: Wiley.
- Russ, S.W., Robins, A.L., & Christiano, B.A. (1999). Pretend play: Longitudinal Prediction of creativity and affect in fantasy in children. *Creativity Research Journal*, 12, 129-139.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 57, pp. 316-331.
- Saleebey, D. (1997). *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed.). New York: Longman.

Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, E.M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G.Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp.187-244). Chicago: University of Chicago Press.

Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp.135-159). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sarnoff, C.A. (1976). *Latency*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Schlegel, A., Barry, H. (1991). *Adolescence: an anthropological inquiry*. New York: Free Press.

Seja, A.L., Russ, S.W. (1999). Children's fantasy play and emotional understanding. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 269-277.

Shonkoff, J.P., & Marshall, P.C. (2000). The biology of developmental vulnerability. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 35-53). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sroufe, L.A. (1989). Relationships, self and individual adaptation. In A.J. Sameroff & R.N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (pp.70-94). New York: Basic Books.

Sroufe, L.A. (1990). Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 2, 335-347.

* Van Beers, H. (1995). *Participation of children in programming*. Stockholm: Rädda Barnen.

Verhulst, F.C., Verheij, F., Ferdinand, R.F. (Eds.). (2003). *Kinder en Jeugdpsychiatrie: Psychopathologie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

UNICEF. (2002). *L'adolescence: une étape capitale*.

UNICEF. (2000, 2001). *La situation des enfants dans le monde*.

Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wang, Q. & Leichtman, M. D. (2000). Same beginnings, different stories: A comparison of American and Chinese children's narratives. *Child Development*, 71(5), 1329-1346.

Waters, E., & Cummings, E.M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 684-689.

* Werner, D. (1987). *Disabled Village Children: a guide for community health workers, rehabilitation workers and families*. Palo Alto, CA: Hesperian Foundation.

Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years, *American Journal of Orthopsychiatry* 59, 72-81.

Werner, E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 97-116). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Werner, E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.

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

Sites internet :

www.savethechildren.net/arc/

www.unicef.org

www.who.int

www.hesperian.org

www.saccsweb.org

www.microsoft.com/products/encarta