

**SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES ET STRATÉGIES DE RÉSILIENCE
FAMILIALE CHEZ LES ÉLÈVES VICTIMES DES CONFLITS
COMMUNAUTAIRES À L'OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE**

Kouakou Mathias AGOSSOU
Université de Man/Côte d'Ivoire
agossouakm@yahoo.fr

&

Kouamé Armel KOUADIO
Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle/Côte d'Ivoire
armelkouadiokouame@yahoo.fr

&

Justin Yves KOFFI
Université Felix Houphouët Boigny/Côte d'Ivoire
ykoffyves74@yahoo.fr

Résumé : L'étude vise à analyser les stratégies de résilience familiale chez les élèves victimes des conflits communautaires dans la ville de Zouan-Hounien à l'ouest de la Côte d'Ivoire ainsi que leurs capacités à réussir à l'école et à surmonter leurs dépressions et leurs anxiétés. Un échantillon d'élèves du primaire ayant vécu les conflits communautaires ont fait l'objet d'un entretien clinique et semi directif. Pour les outils de collecte des données, trois échelles ont été utilisées. Ce sont : l'échelle de dépression Beck, d'anxiété d'Hamilton et l'inventaire d'estime de soi de S. Coopersmith. Les résultats des données cliniques montrent que la présence et l'engagement familial facilitent le développement personnel et social des enfants en minimisant les effets des conflits communautaires à l'ouest de la Côte d'Ivoire. Aussi, les résultats révèlent que l'adaptation sociale et scolaire des élèves du primaire est soutenue par quatre caractéristiques essentielles : la motivation et la volonté d'apprentissage de l'élève, l'intérêt et le discours positif des parents envers l'école et le milieu extra-familial d'épanouissement socioculturel. Il convient de mettre en place des politiques de sensibilisation qui soutiennent, encouragent et potentialisent ces enfants dits résilients afin qu'ils soient des relais communautaires de cohésion sociale.
Mots clés : Conflits communautaires - Souffrances psychologiques - Stratégies de résilience familiale - Côte d'Ivoire.

**PSYCHOLOGICAL SUFFERING AND FAMILY RESILIENCE STRATEGIES AMONG
STUDENTS VICTIMS OF COMMUNITY CONFLICTS IN THE WEST OF THE IVORY
COAST**

Abstract: The study aims to analyze family resilience strategies among students' victims of community conflicts in the town of Zouan-Hounien in western Côte d'Ivoire as well as their abilities to succeed at school and overcome depression and their anxieties. A sample of primary school students who experienced community conflicts were the subject of a clinical and semi-structured interview. For the data collection tools, three scales were used. These are: The Beck Depression Scale, Hamilton Anxiety Scale and the S. Coopersmith Self-Esteem Inventory. The results of clinical data show that family presence and engagement facilitate the personal and social development of children by minimizing the effects of community conflicts in western Côte d'Ivoire. Also, the results reveal that the social and academic adaptation of primary school students is supported by four essential characteristics: the student's motivation and desire to learn, the interest and positive discourse of parents towards school and the extra-familial environment of socio-cultural development. Awareness-raising policies should be put in place that support, encourage and empower these so-called resilient children so that they can be community relays of social cohesion.

Keywords: Community conflicts - Psychological suffering - Family resilience strategies - Ivory Coast.



Introduction

Placée aux titres des priorités aux lendemains des indépendances des états africains, l'éducation, continue encore aujourd'hui de dominer plusieurs réflexions. Les recherches à cet effet sont sans cesse innovantes et axées sur des résultats de qualité (O. Koudou, 2005 et 2006). Cependant l'atteinte de ces objectifs nécessite un climat social adéquat. L'observation de la recrudescence des crises économiques, politiques, des guerres et conflits communautaires depuis ces indépendances donne vie à des doutes quant à l'atteinte de ce noble objectif affiché. À propos, l'Ouest de la Côte d'Ivoire est une région qui a une longue histoire avec ces remous sociaux s'en trouve fortement impactée. Au nombre des villes secouées par les crises communautaires dans cette partie du pays, figure en bonne position la ville de Zouan-Hounien dans la région des montagnes. Cette ville a en effet, connu les angoisses de multiples crises communautaires au nombre desquelles celle qui a opposé récemment en 2018, les populations autochtones Dan (Yacouba) et les allogènes Malinké (Dioula), avec des dommages humains et matériels considérable. Cette situation a mis à nu la fragilité de la cohésion sociale et le manque d'anticipation de ce type de crise autre fois déjà vécu. L'atteinte de l'objectif d'une éducation scolaire de qualité pour tous les écoliers sur toute l'étendue du territoire nationale, se voit ainsi limité par les conséquences d'un tel événement.

Problématique

Les facteurs favorisant ou inhibant la réussite scolaire des élèves du primaire se veulent pluriels. Archambault (2010), fait une ébauche de trois principaux facteurs prépondérants à savoir : les facteurs individuels (liés à l'apprenant), les facteurs scolaires (liés aux enseignants, à l'école et à l'administration scolaire...) et les facteurs psychosociaux (familiale, économique, culturel...). En effet, toute éducation efficace et de qualité ne saurait se faire dans un climat social empreint d'instabilité, de crises, de guerre ou de conflits communautaires. Ce type de conflit malheureusement reste d'actualité en Côte d'Ivoire notamment dans l'Ouest du pays. Cette zone a en effet vu une recrudescence de ces troubles sociaux occasionnés par des différends non-anticipés ou mal gérés, opposants différentes communautés. Une éducation de valeur ne saurait donc se faire en contexte conflictuel. En n'occultant pas le fait que ce type de crises sociales affecte dans une proportion non négligeable les enfants comme l'indique plusieurs rapports et études dirigée par de nombreux organismes et institutions de protection de L'enfant. Dès lors, les élèves qui sont les victimes collatérales de ces évènements douloureux de leur vie font appel à une surprenante force pour s'en sortir. Ils ont souvent impressionné les éducateurs qui les guident. Cet état de fait est explicité par la psychologie positive qui énonce et qualifie des personnes résilientes. Elle met en valeur un processus complexe, où plusieurs principes psychologiques, internes et ou externes à la personne, interfèrent, pour lui attribuer les appuis rationnels, précieux pour faire face et se reconstruire d'une situation traumatisante. Ainsi, cette étude qui porte sur la résilience psychosociale et scolaire se voit conditionnée par ces multitudes facteurs. Evidemment, lorsque l'enfant apprend qu'il est victime et que sa vie n'est plus comme avant, l'enfant a souvent du mal à accepter et gérer une telle situation qui peut provoquer un déséquilibre chez l'enfant. Cependant certains enfants arrivent à garder des contacts cohérents, à établir, à partager les rôles et à garder une certaine homéostasie qui maintient les liens grâce à

la résilience. Certains élèves malgré des conditions scolaires inadéquates parviennent cependant à la réussite. Ce phénomène est qualifié de résilience par les scientifiques. Ainsi, M. Manciaux (2000), présente la résilience comme : « capacité à résister à des chocs, stress, traumatisme potentiellement déstabilisant et à continuer à se projeter dans l'avenir ». Si la résilience est nécessaire, c'est qu'un climat d'instabilité, d'insécurité pouvant engendrer des traumatismes a régné. C'est donc à juste titre que dans son rapport du 27 juin 2017, le Secrétaire des Nations Unies souligne qu'il nous appartient de saisir toutes les possibilités de médiation qui se présentent en vue de parvenir ou de gérer les conflits violents et, en définitive, de rétablir et pérenniser la paix. Toute éducation de qualité est donc sujette à un climat paisible et propice à l'apprentissage (De Ghannage, 1999 et M. Delage, 2008). La résilience a une corrélation profonde avec la relation d'aide, elle adopte son raisonnement pour étudier non seulement les troubles et les symptômes mais aussi bien de prendre en comptes les aptitudes face à l'adversité et d'encourager les ressources propres du patient. Pour L. Crocq (2002 et 2007), il faut rechercher, chez toutes les victimes, des signes d'effraction traumatique (déréalisation, désorientation, dissociation, détresse intense vécu, d'abandon, etc.).

L'utilisation du concept résilience en psychologie et en psychopathologie demeure encore assez récente en France. Les premiers travaux en appui sur ce concept viennent des pays anglosaxons et nord-américains avec notamment les auteurs comme : (Davidson et al., 1991 ; J. Davidson, 2003 et S. Khemessi, 2010). La résilience évoque la récupération après un traumatisme. Elle fait référence à la capacité humaine de se confronter, intégrer et être transformé par les expériences aversives. (M. Anaut, 2003, p : 37). Différents secteurs relevant des prises en charges sanitaires et sociales ont contribué au développement des théories sur la résilience. Actuellement, le champ de la psychologie de santé est devenu un domaine de recherche d'application des théories de la résilience (T. Amandine, 2006, p, 10). Les psychologues collaborent à décrire et à découvrir le phénomène de résilience. L'objectif principal de tous ces travaux est de tenter de répondre à cette question : comment un individu peut-il résister à des situations adverses, à des traumatismes et poursuivre son développement harmonieux alors qu'un autre individu exposé à une telle problématique ou confronté à des épreuves similaires sera submergé par des troubles psychopathologiques. (T. Amandine, 2006, p, 15). L'étude de la résilience met aussi l'accent sur la diversité des facteurs à prendre en considération, qu'il s'agisse des facteurs de risque (la notion de risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure) (M. Delage, 2001, p : 23). La vulnérabilité (se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la variabilité interindividuelle) mais aussi des facteurs de protection (qui modifient la réaction à la situation présentant un risque en diminuant l'effet du risque). De plus elle amène le praticien et le chercheur à avoir une approche intégrative dans laquelle les dimensions subjectives et intersubjectives sont en constante interaction : la résilience est la combinaison de facteurs autant internes qu'externes. (M. Manciaux et al. 2001 ; M. Manciaux, 2004) insistent particulièrement sur l'approche multifactorielle de la résilience : « A chaque instant, la résilience résulte de l'interaction entre l'individu lui-même et son entourage entre les empreintes, sociales, humaine » (M. Delage, 2006, p : 14). De même, M. Rutter (1998) précise deux



aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres (A. Bautier et B. Celeste, 2010). Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs protecteurs permettant aux sujets de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale. (E. Bouteyre, 2004, p : 103). Les différentes études sur la résilience présentent les traits caractéristiques d'une personnalité résiliente chez les enfants dans la généralité. La résilience chez l'élève victime des crises communautaires est un phénomène psychologique qui consiste pour un individu affecté par un traumatisme, à apprendre à vivre avec l'évènement traumatique pour ne plus, ou ne pas avoir à vivre dans la dépression et se reconstruire en ayant une bonne image de soi et un sentiment d'utilité.

La présente étude explore en contexte ivoirien, la notion de résilience chez les élèves victimes des crises communautaires à l'ouest de la Côte d'Ivoire pour connaître les fondements sur lesquels les enfants résilients s'appuient pour faire face à l'adversité. L'objectif général vise à analyser les stratégies de résilience familiale chez les élèves victimes des conflits communautaires ainsi que leurs capacités à réussir à l'école et à surmonter leurs dépressions et leurs anxiétés. De cet objectif, découlent les questions suivantes : Les élèves victimes des crises communautaires sont-ils résilients ? Comment se crée le processus de résilience chez ces élèves victimes ? Quels sont les facteurs individuels et psychologiques, familiaux et extra-familiaux favorisant la résilience chez les élèves victimes des crises communautaires ? L'hypothèse qui se dégage est la suivante : « La réussite de l'élève résilient victime des crises communautaires se manifeste par la motivation et la volonté d'apprentissage de l'élève, l'intérêt et le discours positif des parents envers l'école et le milieu extra-familial d'épanouissement socioculturel.

1-Méthodologie

1-1-Site et participants à l'étude

La recherche s'est réalisée à Zouan-Hounien, une ville de l'ouest de la Côte d'Ivoire. C'est une préfecture, dans la région des dix-huit Montagnes. La population y est essentiellement constituée de Yacouba et d'autres groupes ethniques telles que les Guerrés, les Baoulés, les Dioulas et quelques nationalités étrangères comme les Guinéens, les Burkinabés, les Maliens et les Libériens. L'enquête s'est déroulée dans une période s'étalant de 10/04 2021 au 9/06/2022 au niveau de la préfecture de la ville de Zouan-Hounien, après avoir eu les différents accords des autorités administratives, scolaires et parentales. Durant la pré-enquête et l'enquête ainsi qu'avec l'aide des agents du Ministère de la famille et de l'enfance et l'accord des parents, nous avons échantillonné le groupe de recherche. Nous avons recueilli auprès des sujets enquêtés des informations essentielles qui nous ont aidé dans la recherche. Le nombre de sujets rencontrés est de (4) enfants victimes des conflits communautaires âgés de (8 à 12) ans. Nous avons choisi (4) cas d'enfants victimes des conflits communautaires et de la crise post-électorale d'une manière volontaire et ce, sur la base des critères suivants : - L'enfant doit être victime des conflits communautaires de la crise postélectorale. - L'enfant ne doit pas être atteint d'une autre maladie physique. - L'âge chronologique de ces enfants doit se situer entre 8 et 12 ans.

Tableau N°1 : Caractéristiques clinique du groupe d'étude

Les cas de chaque élève issu des entretiens clinique	Age	Début de souffrances psychologiques	Niveau scolaire
KONÉ	12 ans	2 ans	Cours Moyen 2
KPAGNEU	10 ans	3 ans	Cours Moyen 1
GOUÉ	9 ans	2 ans	Cours Elémentaire 1
SOUMAHORO	12 ans	2 ans	Cours Moyen 2

Source : enquête issue de l'entretien clinique réalisée du 10/04 2021 au 9/06/2022

Selon les différentes caractéristiques de groupe d'étude, nous remarquons que dans les quatre (4) cas que nous avons sélectionné, nous avons les différents sexes : Deux (2) garçons et deux (2) filles. Ils ont des niveaux scolaires différents sauf deux cas qui sont dans le même niveau scolaire, le cas (1) et cas (4).

1-2-Techniques de collecte des données

Afin de confirmer nos hypothèses, nous avons mené une enquête en adoptant une méthode clinique qui nous permettra à répondre à notre problématique. La psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de psychopathologie) et une méthode (clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie, une mesure d'ordre sociale ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Les méthodes et les techniques de la méthode clinique sont : l'observation clinique, l'entretien clinique, les tests et les échelles et les questionnaires (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p : 14). Dans cette étude, nous avons utilisé la méthode clinique de l'étude de cas. « *L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu, tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet* ». Aussi, nous avons utilisé l'entretien clinique fait partie de la méthode clinique. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. Il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. (K. Chahraoui et H. Bénony, 1997, p : 12). Dans ce type d'entretien, le clinicien à sa disposition d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, il n'interrompt pas le sujet, le laisse s'exprimer librement sur le thème proposé (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003). On a associé le guide d'entretien à l'entretien semi-directif composé de 4 axes : axe 1 : la récolte des informations personnelles du patient ; axe 2 : quelques questions sur l'histoire des souffrances psychologiques ; axe 3 : le vécu psychologique de l'enfant face à la situation traumatisante ; axe 4 : Le regard sur l'avenir scolaire. À partir de l'entretien clinique, nous avons appliqué auprès des sujets enquêtés trois (3) tests et échelles que sont l'échelle d'anxiété, l'échelle de dépression, l'inventaire d'estime de soi et le guide d'entretien comportant des questions claires qui nous a aidé à bien réaliser l'enquête.



1-3-Méthode d'analyse et traitement des données

Nous avons d'abord administré l'Echelle de dépression Beck (BDI2), Version française 1961. Le BDI2 permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez les patients. Il a été élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes correspondant aux critères de DSM4 et non comme une mesure spécifique du diagnostic. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à divers troubles diagnostiques primaires allant du trouble de panique à la schizophrénie. Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentis au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Ensuite, encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent bien décrire également ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit). (Bouvard, Cottraux, 2002, P : 186). Une fois le test est achevé, additionnez les chiffres et faites le total. Le chiffre le plus élevé que vous puissiez encerclez est « 3 », le plus haut total que vous puissiez obtenir est « 63 ». L'échelle « 1-10 » : Haut et bas est considérée comme un état normal. L'échelle « 11-16 » décrit des Troubles bénins de l'humeur. L'échelle « 17-20 » fait mention de cas limites de dépression clinique. L'échelle « 21-30 » prescrit la dépression. L'échelle « 31-40 » décrit une dépression grave. L'échelle de plus de « 40 » fait état de dépressions extrême. La validité du test se situe à : 0,001 et la Fidélité à : 0,82

Ensuite, nous avons utilisé l'Echelle d'anxiété d'Hamilton version française 1959 et 1960. C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée, elle a été conçue pour être utilisée chez les patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété. Le mode de passation comporte 14 items que vont coter un évaluateur après un entretien classique. D'après Pierre Pichot, la note « 0 » correspond à l'absence de manifestation de symptômes. La note « 1 » correspond à des manifestations d'intensité légère. La note « 2 » correspond à des manifestations d'intensité moyenne. La note « 3 » correspond à des manifestations d'intensité forte. La note « 4 » correspond à des manifestations d'intensité extrême. Pour chaque item du test, il est nécessaire de choisir la note qui correspond à l'intensité du comportement de l'individu testé. D'après T. Beck et al. (1989), l'échelle de « 0 à 5 » correspond à pas d'anxiété. L'échelle de « 6 à 14 » correspond à anxiété mineur. L'échelle de « 15 et plus » correspond à anxiété majeur. (Bouvard, Cottraux, 2002, p, 88,89).

Enfin, nous avons utilisé l'Inventaire d'estime de soi S. Coopersmith, version française 1984 et 1994. L'inventaire de Coopersmith a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives de l'enquêté dans le domaine social, familial, personnel et professionnel (scolaire). Une échelle de mensonge a été ajoutée. Le SEI (Self estimate identité) comporte 58 items, décrivant des sentiments et des opinions ou en cochant une case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Le test se présente sous deux formes (scolaires et adultes). La composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. La validité du

test a été réalisée sur une population de 170 sujets. (Centre de psychologie appliquée, 1984, p, 03). Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs.

2-Résultats

Dans cette partie, nous allons représenter les 4 cas de sujets avec lesquels nous avons travaillé. Chaque cas sera exposé avec un résumé et une analyse de l'entretien selon les classifications d'analyse citée dans la partie méthodologie. Ainsi, il sera accompagné par les scores et les résultats obtenus à chaque passation de l'échelle d'anxiété, de dépression et d'estime de soi.

2-1-Présentation et interprétation de l'entretien clinique du cas N°1 : KONÉ

KONÉ est un garçon, âgé de 12 ans. Il est le troisième d'une fratrie de cinq enfants notamment trois garçons et une fille. Il est né d'une grossesse désirée et attendue. À l'école, KONÉ est au cours moyen 2, il obtient (11 à 12/20) de moyenne. Il est atteint d'un traumatisme post conflit communautaire depuis 2 ans. D'après le bilan médical, son médecin traitant a établi que des symptômes de reviviscence de l'évènement traumatisant comme les cauchemars à répétition. Cette situation est engendrée par le facteur humain et environnemental, car son père a été dépossédé de ces terres. Durant l'entretien, nous avons remarqué que KONÉ s'est montré timide et quand nous avons commencé à poser des questions à l'aide d'un guide d'entretien, il répondait avec des phrases courtes mais une fois que le sujet s'est senti à son aise, il a commencé à s'adapter facilement à nos questions qui évoquent son attitude sur son traumatisme. Le sujet a exprimé son sentiment envers cette situation en toute normalité en disant : « *Au départ quand mon père m'a dit que mes troubles de comportements sont dû aux conflits communautaires, j'ai pleuré et c'est vrai j'ai eu peur, mais quand il m'a expliqué que ce n'est pas quelques choses de grave et que tout va se régler, cela m'a soulagé ; donc avec le temps, j'ai commencé à m'habituer et suivre les conseils des médecins et je suis bien* ». Ceci montre que le sujet accepte sa situation et la qualifie de positive. Nous l'avons interrogé au sujet de ses relations avec sa famille, il nous a répondu : « *Ma relation avec ma mère est très bonne plein d'amour et de tendresse, je l'aime beaucoup et moi aussi. Elle fait attention à moi et surveille ma situation et tout ce que je lui demande elle ne me le refuse pas et pour mon père aussi c'est la même chose, c'est vrai, il n'est pas souvent à la maison comme il travaille mais il fait très attention à moi* ». Après un silence il nous a parlé de sa relation avec ses frères et sœurs : « *Ma relation avec mes frères aussi est normale, ils m'aiment bien et moi aussi et nous jouons souvent ensemble et même à l'école j'ai beaucoup d'amis mais je suis plus proche de KONAN et de ZOUO car déjà c'est mes voisins et nous partons souvent ensemble à l'école* ». Ce qui signifie qu'il ressent un comble affectif du soutien de sa famille ainsi que ses amis. Pour l'avenir il dit : « *je souhaite terminer mes études pour devenir un pilote parce que j'aime les avions et je veux voyager partout* ». Ce qui signifie que KONÉ ne pense jamais que sa situation est un obstacle pour son avenir. Suite aux réponses obtenues aux questions qui visent à concevoir l'avenir envisagé par le sujet malgré son traumatisme, nous avons remarqué à ce propos chez KONÉ, aucun signe d'hésitation ou de peur.

Tableau N°2 : Présentation et interprétation des résultats de l'inventaire d'estime de soi, de l'échelle d'anxiété et de l'échelle de dépression chez l'élève KONÉ



Les résultats de l'inventaire d'estime de soi						
Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
19	4	4	5	32	2	Moyen
Les résultats de l'échelle d'anxiété						
Anxiété	Totale					Niveau
	4					Pas d'anxiété
Les résultats de l'échelle de dépression						
Dépression	Totale				Niveau	
	6				Considérés comme normaux	

Source : enquête issue de l'entretien clinique réalisée du 10/04 2021 au 9/06/2022

Dans ce tableau, le cas de KONÉ, affiche un niveau moyen d'estime de soi, avec un total de 32 cela indique qu'il a une évaluation positive de soi. L'exemple de l'item N°4 qui correspond à l'estime de soi générale : « *j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés* », sa réponse était positive « *me ressemble* », ce qui explique que le sujet présente une confiance en soi. Ces résultats sur l'échelle de soi social à l'item : « *La plupart des gens sont mieux aimés que moi* », KONÉ a confirmé par *ne* « *me ressemble pas* », ce qui confirme son évaluation positive de soi. L'échelle d'estime de soi familiale, marque un niveau moyen par rapport à la moyenne 4,92. L'exemple de l'item N°16, où KONÉ n'a pas confirmé l'envie de quitter le foyer familial, cela confirme les bonnes relations et le soutien au sein de sa famille. À l'échelle de mensonge KONÉ présente une moyenne de 2, qui est proche de la moyenne 2,38 ce qui explique que le sujet n'a aucune attitude défensive vis-à-vis du test. Le cas de KONÉ affiche un niveau très bas d'anxiété ce qui confirme que le sujet ne ressent pas de l'anxiété. L'exemple de l'item (7) où il répond par « *aucune sensation d'être incapable de rester en place ou une fatigabilité* ». Sur l'échelle de dépression, le sujet obtient un chiffre inférieur (6) de la moyenne considérée comme normale ; ce qui explique que le sujet n'éprouve pas de dépression. Sa réponse à l'item (10) « *je ne pleure pas plus que d'habitude* ». D'après la convenance des réponses données à l'entretien et les résultats obtenus à chaque échelle on aperçoit que cette situation traumatisante n'a aucune influence négative sur la santé psychique et scolaire du sujet et ce qui confirme nos hypothèses.

2-2-Présentation et interprétation de l'entretien clinique du cas N°2 : KPAGNEU

KPAGNEU est une fille de (10) ans. Elle est la cadette d'une fratrie de trois enfants à savoir deux filles et un garçon. Elle vit au foyer des grands-parents paternels, avec sa maman fonctionnaire, ses frères et sœurs, ainsi que ses grands-parents. Elle a été un enfant désiré. Elle est aimée par tous les membres de sa famille vue qu'elle est calme. Atteint par des troubles de comportement depuis 3 ans. Les symptômes inhabituels, soif, asthénie, faiblesse, maux de tête et polyurie. Les résultats du bilan médical excluent le facteur héréditaire. Donc des symptômes d'émoussement des affects et d'évitement de tout ce qui est lié à l'évènement comme l'incapacité à se souvenir d'aspects importants du trauma. KPAGNEU est une élève brillante, elle est au cours moyens 1, elle obtient la moyenne (8 à 9/ 10) elle est la première de sa classe. Pendant l'entretien, le contact avec KPAGNEU a été facile et riche malgré sa timidité, elle était coopérative. En abordant les questions qui concernent son attitude vis-à-vis sa

situation traumatisante, KPAGNEU nous répond sans hésitation, d'une manière rapide et avec une certitude : « *C'est une situation comme les autres, on peut vivre avec durant toute notre vie.... Car je sais avec mon traitement, mon régime environnemental tout va se régler* ». Ce qui explique que le sujet accepte sa situation. Quand nous lui avons demandé de nous parler de sa relation avec sa famille et ses frères et sœurs, elle affirma : « *cette situation n'a provoqué aucun changement dans sa vie quotidienne. Elle a exprimé une bonne entente avec tous les membres de sa famille ainsi, qu'à l'école. Particulièrement un grand attachement avec la maman* » « *où est-ce que ma maman part, je pars avec elle, sauf au travail* ». Vu qu'elle est la cadette de la famille d'après ses propos, elle est câlinée par tous ses membres. À l'école, sa maman lui a interdit de parler de sa situation, donc à part les membres de sa famille et ses enseignants personne n'est au courant de ses symptômes. En arrivant aux questions qui traitent le future, elle est convaincue que sa vie sera vécue le plus normalement possible « *rien ne vas changer à part mon suivi par un psychologue, je vais vivre comme tout le monde. Je veux devenir médecin comme ma cousine OULAYE* ». Cette situation de crise intercommunautaire n'a pas influencé son évaluation de soi.

Tableau N°3 : Présentation et interprétation des résultats de l'inventaire d'estime de soi, de l'échelle d'anxiété et de l'échelle de dépression chez l'élève KPAGNEU

Les résultats de l'inventaire d'estime de soi						
Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
19	7	5	4	35	2	Moyen
Les résultats de l'échelle d'anxiété						
Anxiété	Totale					Niveau
	5					Pas d'anxiété
Les résultats de l'échelle de dépression						
Dépression	Totale					Niveau
	5					Considérés comme normaux

Source : enquête issue de l'entretien clinique réalisée du 10/04 2021 au 9/06/2022

L'observation du cas de KPAGNEU révèle un niveau moyen d'estime de soi positif, avec un total de 35, ce qui signifie qu'elle a une évaluation positive de soi. Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale est supérieur à la moyenne 18,64. Ce qui est apparu sur l'ensemble des items de cette échelle avec des réponses positives : l'exemple de l'item N°51 où elle a répondu ne « *me ressemble pas* ». Ses résultats sur l'échelle sociale et familiale, marquent aussi un niveau supérieur à la moyenne : 5 > 4,92, ce qui démontre son adaptation avec son entourage avec une valeur élevée du moi, ce qui a été aussi confirmé durant l'entretien. À l'échelle sociale, on prend l'exemple de l'item N°8, elle a coché « *me ressemble* ». Et sur l'échelle de famille, on peut citer l'exemple de l'item N°29. Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, elle présente un niveau très proche de la moyenne 4 < 4,12, ce qui explique sa satisfaction de la réussite et à ses aspirations. L'exemple de l'item N°2 confirme cela. KPAGNEU ne présente aucune attitude défensive vis-à-vis du test avec un score de 2 < 2,38 à l'échelle de mensonge. Sur l'échelle d'anxiété le sujet présente un niveau identique à la moyenne « 5 », ce qui confirme que le sujet ne souffre d'aucune anxiété, l'exemple de l'item 1 où elle répond



par : « *Je ne me sens pas triste* » ainsi qu'à l'item (6) « *je n'ai pas de perte d'intérêt à mes passe-temps* ». Sur l'échelle de dépression, on constate que le sujet obtient un résultat inférieur à la moyenne sur l'échelle de « 1-10 » considérée comme un état normal. Ce qui signifie que le sujet ne souffre pas d'une dépression sévère et on prend l'exemple de l'item N° 12 où elle répond par : « *je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres* » et l'item N°13 : « *je prends mes décisions exactement comme autrefois* ». D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à chaque échelle, on constate que cette situation n'a aucune influence négative sur l'état de santé psychique et scolaire du sujet et ce qui confirme nos hypothèses.

2-3- Présentation et interprétation de l'entretien clinique du cas N°3 : GOUÉ

GOUÉ est un garçon âgé de (09) ans. Il est l'aîné d'une fratrie de (04) enfants dont deux garçons et une fille. Il est issu d'une famille moyenne, où son père est retraité et sa maman femme au foyer. Il a été un enfant désiré mais née par une césarienne. GOUÉ est au Cours Élémentaire¹, mène une scolarité moyenne de (7 à 8/10). Victime des conflits intercommunautaires depuis 2 ans, l'étiologie d'apparition de cette situation est marquée par la présence de facteurs et de symptômes d'hyperactivité neurovégétative (pâleur, gorge serre, excès de sueur, tachycardie comme cause principale, car la maman est aussi atteinte. Durant l'entretien GOUÉ s'est montré calme et gentil. Le contact a été marqué par un climat rassurant et de mutualité avec une participation affective. Au début de l'entretien, nous avons remarqué que GOUÉ participe sans hésitation en utilisant un langage simple et direct. « *C'est une maladie qui touche tout le monde les grands et les petits, je ne suis pas le seul, donc je suis les conseils de mon médecin et je suis régulier avec mon régime je fais attention à mon alimentation, et je me suis déjà habitué au début c'était un peu difficile je me suis senti un peu triste, mais avec le temps je suis redevenu dans mon état normal.* » Ce qui signifie que le sujet accepte son état. D'après les réponses de GOUÉ sur ses relations familiales, on a remarqué qu'il vit dans une situation heureuse dans une famille chaleureuse aimé par tous les membres de sa famille, « *Ma mère s'occupe bien de moi et mon père aussi il fait tout pour moi* ». Même à l'école « *ma relation est bonne avec mes amis c'est vrai que malheureusement j'ai changé d'école vue qu'on a déménagé mais je me suis fait de nouveaux amis et je commence à les connaître et m'entendre avec eux* ». En abordant les questions qui traitent du future, une vision optimiste est constaté chez GOUÉ « *je vais vivre avec dans toute la normalité ça me n'empêche pas de réaliser mes rêves que j'envisage pour l'avenir ce n'est pas du tout un obstacle qui va mettre fin à mes souhaits. Je vais étudier et terminer mes études comme tout le monde* ».

Tableau N°4 : Présentation et interprétation des résultats de l'inventaire d'estime de soi, de l'échelle d'anxiété et de l'échelle de dépression chez l'élève GOUÉ

Les résultats de l'inventaire d'estime de soi						
Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
17	5	5	5	32	2	Moyen
Les résultats de l'échelle d'anxiété						
Anxiété	Totale					Niveau
	8					Anxiété Mineur
Les résultats de l'échelle de dépression						
Dépression	Totale					Niveau

	6	Considérés comme normaux
--	---	--------------------------

Source : enquête issue de l'entretien clinique réalisée du 10/04 2021 au 9/06/2022

Dans ce tableau, on voit que GOUÉ présente un niveau d'estime de soi dans la moyenne avec un total de 32 ; ce qui signifie qu'il a une évaluation positive de soi. Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général sont presque à la moyenne « 18,64 », ce qui était apparu dans ses réponses positives par exemple à l'item N° 4 « *je suis facile à aimer* ». Sur l'échelle d'estime de soi sociale, son score est de 5 supérieurs à la moyenne 4,92. L'exemple de l'item N°5 « *ma famille et moi nous avons beaucoup de plaisir à partager* » a répondu par « *me ressemble* » ce qui explique son adaptation dans son entourage social. Sur l'échelle d'estime de soi familiale, il présente un score de 5 c'est-à-dire supérieur à la moyenne 4,92. L'exemple de l'item N°29 « *je me comprends* » a répondu par « *me ressemble* ». Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, le niveau est supérieur par rapport à la moyenne 4,12 exemple à l'item N°2 « *je suis assez sûr de moi* », ce qui confirme sa satisfaction de son rendement scolaire. Sur l'échelle de mensonge, le sujet a présenté un niveau égal à la moyenne 2 ce qui signifie qu'il a le désir de donner une bonne estime de soi. Sur l'échelle d'anxiété, le sujet présente un score de 8 qui est considéré comme un état d'anxiété mineur. L'exemple à l'item N° 1 où le sujet n'éprouve aucune « *inquiétude* » ou « *une attente de la pire appréhension* ». Ce qui signifie que cette situation n'a pas influé d'une manière négative sur le sujet. Á l'échelle de dépression, le sujet présente un score de 6, ce qui signifie que le sujet ne souffre pas d'une dépression. L'exemple de l'item N°2 où il a répondu « *je ne me sens pas particulièrement découragé en pensant à l'avenir* ». D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à chaque échelle, on constate que cette situation n'a aucune influence négative sur l'état de santé psychique et scolaire du sujet ce qui confirme nos hypothèses.

2-4-Présentation et discussion de l'entretien clinique du cas N°4 : SOUMAHORO

SOUMAHORO est une fille d'une douzaine (12) d'années d'une fratrie de trois enfants (une fille et deux garçons). Elle a été un enfant désiré, elle est au cours moyen¹, a des résultats scolaires satisfaisants (12 à 13/20). Elle a été victime des conflits communautaires et de la guerre depuis 2 ans. On constate chez elle un traumatisme dont les symptômes tournent autour de la séparation à savoir des troubles d'anxiété avec une crainte d'être séparé des parents ou des figures d'attachement, la peur d'être abandonnée, la peur qu'arrive un drame chez ses parents. Des manifestations dépressives sont également observées de type de deuil pathologique, de culpabilité (notamment en situation de survivant) ou s'exprimant sous forme d'une inhibition importante. D'après les résultats du bilan médical, l'étiologie d'apparition des symptômes sont marqués par l'absence du facteur héréditaire. Selon ses dires, il est dû au décès de sa grand-mère, avec qui elle était très proche et attachée. Au cours, de notre entretien le sujet s'est montré réservée avec une grande timidité, stable et calme. Avec un discours restreint. Le contact a été possible afin d'enrichir et atteindre l'objectif de notre entretien. En abordant les questions qui concernent son attitude envers la guerre : « *c'est une situation dangereuse mais on peut vivre avec en la considérant comme un ami... les premiers temps de cette situation n'ont été facile j'ai eu une peur, il y avait*



*beaucoup de chose qui ont changé comme par exemple le régime environnemental et tout... Mais maintenant avec les conseils du médecin et du psychologue je surmonte et je me suis habitué avec ». ». Ce qui signifie que le sujet accepte sans atteinte sans trop de difficultés. Le rapport du sujet avec son milieu familial est marqué par un climat stable. Elle affirmé être en parfaite entente avec tous les membres de sa famille tel qu'il est souligné : « *ma mère s'en occupe bien de moi et mon père aussi, j'aime jouer avec mes frères comme toujours et rien n'a changé tout est comme avant ...* ». En s'approchant des questions qui traite du futur, le sujet répond par des phrases positives et aucune inquiétude ou tristesse en pensant à son avenir : « *cette situation n'a jamais été un obstacle qui empêche une personne à réaliser ses rêves et d'atteindre son objectif dans la vie pour bien réussir faut battre cette maladie et penser aux choses qui nous rendent heureux* ».*

Tableau N°5 : Présentation et interprétation des résultats de l'inventaire d'estime de soi, de l'échelle d'anxiété et de l'échelle de dépression chez l'élève SOUMAHORO

Les résultats de l'inventaire d'estime de soi						
Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
17	6	5	5	33	3	Moyen
Les résultats de l'échelle d'anxiété						
Anxiété	Totale					Niveau
	5					Pas d'anxiété
Les résultats de l'échelle de dépression						
Dépression	Totale					Niveau
	5					Considérés comme normaux

Source : enquête issue de l'entretien clinique réalisée du 10/04 2021 au 9/06/2022

Dans ce tableau, on peut voir que ce cas présente un niveau moyen d'estime dans la moyenne, un total de 33, ce qui signifie qu'il a une évaluation positive de soi. Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général sont proches de la moyenne 18,64. L'exemple de l'item N°10 « *je peux me décide sans trop de problèmes* » répond par « *me ressemble* », Ce qui peut confirmer que le sujet a une bonne confiance en soi. Sur l'échelle d'estime de soi sociale le sujet obtient un score de 6 supérieurs à la moyenne 5,67. L'exemple de l'item N°5 « *ma famille et moi nous avons beaucoup de plaisir ensemble* » a répondu par « *me ressemble* » cela confirme que le sujet a une bonne intégration dans son entourage social. À l'échelle d'estime de soi familiale le sujet présente un score de 5 supérieurs à la moyenne 4,92. Ce qui confirme que le sujet exprime une adaptation très élevée au sein de sa famille. L'exemple de l'item N°20 « *je ne suis jamais heureux* » a répondu par « *ne me ressemble pas* ». À l'échelle de l'estime de soi scolaire, le sujet décroche un score de 5 supérieurs à la moyenne 4,12. Cela signifie que le sujet exprime une bonne satisfaction de lui. L'exemple de l'item N°2 « *je suis assez sûr de moi* » a répondu par « *me ressemble* ». Sur l'échelle de mensonge, le sujet présente un score de 3 supérieur à la moyenne 2 ; ce qui signifie que le sujet a une attitude défensive vis-à-vis du test. Sur l'échelle d'anxiété, le sujet ne présente un score de 5 considéré comme normal et qui demande aucune prise en charge ou qui fait appel à une inquiétude ; ce qui confirme que le diabète n'a aucune marque négative sur le sujet. L'exemple de l'item N°3 « *le sujet n'a aucune impression d'être abandonné ou de mourir brutalement* ». D'après les résultats du sujet obtenus à l'échelle de dépression, le sujet ne souffre pas

d'une dépression et que les problèmes psychologiques n'ont pas influencé sur le sujet. L'exemple de l'item N° 5 « *je ne me sens pas particulièrement coupable* », confirme sa réponse. D'après la récolte d'informations durant l'entretien et les résultats obtenus dans chaque échelle, on remarque que cette situation n'a aucune influence négative sur l'état de santé psychique et scolaire du sujet ; ce qui confirme nos hypothèses.

2-5-Commentaires des quatre cas cliniques

De manière générale, que pouvons-nous retenir de ces quatre cas cliniques étudiés ? Nous pensons que nous avons réussi à atteindre nos objectifs initiaux. Dans un premier temps, au terme de l'analyse de nos données, nous avons été en mesure de mettre en lumière plusieurs caractéristiques qui soutiennent la résilience scolaire relative au vécu socio scolaire d'élèves du cycle primaire victimes des conflits intercommunautaires et de la guerre. Nous avons retenu quelques facteurs : les facteurs propres à l'élève notamment la confiance quant à ses propres capacités d'apprentissage; motivation scolaire et importance accordée aux études en général; volonté d'apprentissage ; aptitude à entretenir des relations positives avec les pairs; capacité à solliciter l'aide des autres en cas de besoin ; les facteurs liés à la contribution de la famille à savoir la disponibilité parentale, l'intérêt porté par les parents à l'éducation de l'enfant; le discours positif des parents; les facteurs liés à la contribution de l'environnement extra-familial notamment les lieux et les espaces d'épanouissement socioculturel, le soutien des organismes communautaires outillés du point de vue psychosocial à la prise en charge qui œuvrent pour soutenir la résilience du jeune victime des conflits intercommunautaires et de la guerre.

3-Discussion

L'objectif de l'étude vise à analyser les stratégies de résilience familiale chez les élèves victimes des conflits communautaires dans la ville de Zouan-Hounien à l'ouest de la Côte d'Ivoire ainsi que leurs capacités à réussir à l'école et à surmonter leurs dépressions et leurs anxiétés. Ainsi, l'échelle d'anxiété, l'échelle de dépression, l'inventaire d'estime de soi et le guide d'entretien tout comme la partie théorique visaient à répondre à l'hypothèse générale de recherche qui est la suivante : « la réussite de l'élève résilient victime des crises communautaires se manifeste par la motivation et la volonté d'apprentissage de l'élève, l'intérêt et le discours positif des parents envers l'école et le milieu extra-familial d'épanouissement socioculturel » et les deux hypothèses opérationnelles qui sont les suivantes : « la réussite de l'élève résilient victime des crises communautaires se manifeste par une bonne estime de soi et la capacité de surmonter la dépression et l'anxiété » ; « la réussite de l'élève résilient victime des crises communautaires se manifeste par le soutien familial et le milieu extra-familial d'épanouissement socioculturel ». Les résultats issus des entretiens cliniques et des tests d'échelle confirment nos résultats. Les résultats convergents vers une réalité tangible selon laquelle les élèves victimes des conflits communautaires ont une moyenne de « 31 » qui révèlent une bonne estime de soi, entretenue par divers facteurs tels que l'acquiescement de la situation vécue, la projection dans l'avenir, de bonnes relations familiales et sociales. Ce sont des sujets qui se croient capables et ont une bonne appréciation et image de soi et développent un supplément d'âme. Pour M. Rutter (1998), l'estime de soi est particulièrement attachée aux structures de



fonctionnement des sujets résilients. Ce qui nous a amené à dire que l'estime de soi est une capacité interne de faire face. Tel que le souligne M. Manciaux (2001) qui présente l'estime de soi comme un facteur protecteur de la résilience. Ainsi, l'estime de soi générale et le sentiment de s'aimer facilitent la résolution de problèmes. Elle est aussi la certitude d'une personne qui veut mener des activités pour se prendre en charge et avoir le contrôle de soi malgré les conflits communautaires. Les pensées positives exprimées lors des entretiens à travers les expressions « *je fais le meilleur travail possible* », « *je me comprend* », témoignent des aspects positifs qu'ils tirent des épreuves qu'ils rencontrent dans la vie et ont la certitude de résilier ces problèmes d'existence. Le niveau de score élevé observé chez ces sujets résilients lors des différents montre que ces derniers ont une bonne estime de soi et un bon état d'esprit vue qu'ils acceptent leur situation. Mais les guerres répétitives et les épisodes successifs de violences ne placent-ils pas les enfants en Côte d'Ivoire dans un état de « *mal-être* ». Face à ce problème dont l'analyse est complexe et les enjeux sont considérables, pouvons-nous leur garantir cet état de « *bien-être* » ? En fait, c'est dans ce même contraste saisissant que le concept de résilience trouve sa signification. Lorsque l'enfant a vécu « *une expérience pénible, ou plutôt une série de malheurs répétitifs, il serait placé, selon les auteurs, dans un processus de résilience* ». Selon A. Brauner (1976) ; T. Brosse (1949) et M. Bertrand (1997), il semble que la guerre a des impacts sur l'état de santé. Des études ont montré qu'il y a un lien entre les retombées psychologiques des violences sur les populations et le développement des maladies ainsi que l'apparition des symptômes de stress post-traumatisme. De même, l'évaluation des états de tension, de dépression, de peur et d'anxiété parmi les populations civiles, s'est avérée positivement corrélée avec les événements de la guerre comme des ménages désunis et la détérioration des conditions de vie familiales et économiques (Murphy, 1977 ; Lyons, 1979 ; Lockwood-Hourani et alii, 1986 ; Bryce et alii, 1989 ; A. Mahjoub, 1995). De la même façon, les difficultés que les enfants disent avoir rencontrées durant la période de la guerre en Côte d'Ivoire concernent le manque de nourriture à cause des routes et ponts coupés qui relient les villages détruits. Aussi certains ont manifesté une douleur que l'on pourrait appeler « *organique* » et accentuée par plusieurs facteurs tels le manque d'hygiène, la résidence dans les abris, la pollution de l'eau, le manque d'électricité pour conserver la nourriture... ou bien une douleur d'origine psychologique reliée à l'angoisse, à la peur et à la vie de précarité.

Face à cette situation, les familles elles-mêmes ont déployés des efforts pour rétablir la confiance et la quiétude chez l'enfant. Cette mobilisation a été soutenue par l'action des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pendant et après ces conflits et guerre. Cette mobilisation est venue soutenir le sentiment d'appartenance à la communauté et permettre l'émergence de la cohésion communautaire à travers la solidarité et les interventions médico-sociales qu'elles mettent au service des familles. Le lien émotionnel qui s'est créé entre les membres de la communauté peut constituer un réel tampon et peut contribuer à la résilience chez les familles et chez les enfants. Par ailleurs, les programmes d'intervention communautaires effectués par les organismes nationaux et internationaux à l'ouest de la Côte d'Ivoire, pendant et après les conflits, ont impliqué un certain mouvement de solidarité et de soutien pour la population de cette région. Ces mouvements humanitaires ont pu neutraliser certains effets médico-sociaux engendrés par le conflit.

Nous avons pu remarquer que les enfants agissent positivement. Ces enfants agissent avec autonomie et estime de soi, comme le montre par exemple l'emploi des transports en commun à un jeune âge. Ils sont déterminés, ils aiment étudier et ils veulent construire leur avenir. Nos études montrent que ces enfants victimes de cette situation connaissent des nuits agitées et donc un sommeil perturbé qui peut engendrer un lendemain gâché et un suivi scolaire raté. Les parents ont pour rôle essentiel de rythmer la vie des enfants quant au réveil et au coucher. Mais ils doivent aussi être capables de détecter les symptômes et de les communiquer aux personnes concernées et cela à travers des renforcements des capacités. L'école doit participer à la promotion de la santé des enfants en faisant parvenir aux parents toutes les informations nécessaires en matière de prévention et de dépistage des problèmes de santé. Des élèves enquêtés, affirment qu'ils ont des difficultés de concentration en classe. Et des éducateurs affirment qu'ils sentent que leurs élèves sont devenus plus distraits après la guerre. L'interaction de ces variables peut affecter la performance scolaire de l'élève et le conduire à l'échec et au décrochage scolaire. La concentration de l'élève en classe est essentielle dans le processus d'apprentissage et de la réussite scolaire. Un enfant tourmenté par ce qu'il a vécu et les conditions de vie de ses parents, peut souffrir d'un manque de concentration et de vigilance en classe, ce qui peut le fragiliser et l'exposer à l'échec et à d'autres facteurs de risques qui pourrait engendrer chez lui une expérience scolaire difficile, anxiogène, qui, s'ajoutant à sa situation et à son vécu, devient source de déstabilisation et de mauvaise conduite. N. Fischer (2002) a enquêté auprès de personnes ayant souffert de situations extrêmes. Il en a déduit qu'une situation extrême entraîne généralement chez la plupart des personnes un véritable changement de personnalité, une métamorphose intérieure. Il peut y avoir un blindage émotionnel et un repli sur soi, mais aussi un élargissement du regard. Encore une fois, les résultats nous montrent le cas élevé des enfants ayant vécu la crise et qui ont un développement normal et qu'ils ont pu rentrer dans le processus de résilience.

Conclusion

Cette étude est une contribution à la compréhension des stratégies de résilience familiale chez les élèves victimes des conflits communautaires dans la ville de Zouan-Hounien à l'ouest de la Côte d'Ivoire ainsi que leurs capacités à réussir à l'école et à surmonter leurs dépressions et leurs anxiétés. Le travail est parti de l'hypothèse selon laquelle « la réussite de l'élève résilient victime des crises communautaires se manifeste par la motivation et la volonté d'apprentissage de l'élève, l'intérêt et le discours positif des parents envers l'école et le milieu extra-familial d'épanouissement socioculturel ». Dans les résultats obtenus, on peut retenir que l'adaptation scolaire réussie des élèves résilients prend en compte plusieurs facteurs pluridimensionnels notamment les facteurs individuels et psychologiques, les facteurs familiaux et extra-familiaux d'épanouissement socio-culturel. Au regard de l'ensemble des résultats de l'étude, on peut soutenir que le renforcement de la résilience chez les élèves traumatisés par la guerre et leur persévérance à la réussite scolaire sont nourries par la famille qui s'assume en tant que figure fondamentale sur le plan de développement individuel et psychosocial. Ainsi, la quantité des rapports et des interactions quotidiennes sont des facteurs déterminants qui favorisent des attitudes de résilience



chez les élèves victimes de conflits communautaires. Ces rapports sont renforcés par l'action et le soutien des organismes d'intervention communautaires. Les données de cette étude permettent de considérer différemment la prise en charge spécifique des élèves victimes dans un cadre d'accompagnement psychologique. Reconnaître les compétences familiales dans le développement affectif de l'élève victime va permettre de mieux comprendre certains conflits internes qui animent l'élève dans cette période de fragilité liée aux conflits communautaires. Cet article peut ainsi trouver un prolongement sur l'évolution de nos pratiques cliniques pour améliorer la compréhension et le soutien des élèves en difficulté psychologique à un moment particulier de leur vie.

Références bibliographiques

- AGOSTINI Dominique (1996). Maltraitance, répétition et évaluation, Fleurus, psychopédagogie, 305p.
- AMANDINE Theis (2006). Approche psycho dynamique de la résilience, Université de Nancy.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DSM-IV-TR (2004). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Manson.
- ANAUT Marie (2003). La résilience, surmonter les traumatismes, 1 édition Nathan, Paris.
- ANAUT Marie (2005). La résilience, surmonter les traumatismes, 2 éditions Armand, Paris.
- ANAUT Marie (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. Revue Recherche en soins infirmiers. N°82.vol 3, pp 4 -11
- ANAUT Marie (2008). La Résilience, surmonter les traumatismes. Paris : Armand Colin
- BAUDIER Anne & CELESTE Bernadette (2010). Le développement affectif et social du jeune enfant, 3ème édition, Armand Colin
- BECK Aaron Temkin, Ward C.H, Mendelson M & al. (1961). *An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 4, 561-571.*
- BERTRAND Michèle (1997). Les enfants dans la guerre et les violences civiles. Approches cliniques et théoriques. Espaces théoriques. L'Harmattan.
- BRAUNER Alfred (1946). Ces enfants ont vécu la guerre, Paris, Sociales françaises.
- BROSSE Thérèse (1949). L'enfant victime de la guerre, Paris, Unesco.
- BOTEYRE Evelyne (2004). Résilience et réussite scolaire chez l'enfant de migrant, Dunod, Paris.
- CHAHRAOUI Khadija & BENONY Hervé (1999). L'entretien clinique, Dunod, Paris.
- CHAHRAOUI Khadija & BENONY Hervé (2003). Méthode d'évaluation et en recherche en psychologie clinique, Dunod, Paris.
- COOPERSMITH Stanley (1994). Inventaire d'estime de soi, Copiright, Paris.
- COOPERSMITH Stanley (1984). Inventaire d'estime de soi, Les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.
- CROCQ Louis (2007). Traumatismes psychiques, Elsevier Masson SAS.

- CROCQ Louis (2002). Les modèles explicatifs du trauma. *Le journal des psychologues*, mensuel n°194, pp 24-29.
- DAVIDSON Jonathan R.T (2003). Development of new resilience scale: the Connor.
- DAVIDSON Jonathan R.T, HUGUES Dana, BLAZER, Dana G & GEORGE Linda K (1991). Post-traumatic stress disorder in the community. *Epidemiological study Psychological Medicine*, n° 21.
- DELAGE Michel (2008). *La résilience familiale*, Paris, Odile Jacob.
- DELAGE Michel & CYRULNIK Boris. (2010). *Famille et résilience*, Odile Jacob, Paris.
- GHANNAGE De Myma (1999). *L'enfant, les parents et la guerre. Une étude clinique au Liban*. Collection Ethnopsychologie, Paris, ESF.
- FISCHER Gustave Nicolas (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- FISHER Gustave Nicolas (2005) (3ème éd), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod.
- FISHER Gustave Nicholas & TARQUINIO Cyril (2006), *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- GODARD, Marie Odile. (2003). *Rêves et traumatismes, ou, La longue nuit des rescapés*. Ramonville Saint-Agne: Erès
- HAMILTON Max C (1959). «Hamilton anxiety rating scale -HAM A-»): Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960 Feb;23:56-62 http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
- HERZLICH Claudine (1969). *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Paris. Mouton : Paris
- HERZLICH Claudine (1992). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In Flick, U. (Ed.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*, l'Harmatan, Coll. Santé, Paris, Société et cultures : Paris
- KHEMESSI S (2010). *La résilience, éducation thérapeutique*, CESEL, Paris.
- MAHJOUB Abdelwahab & Delbovier, M.C (1988). Passation du Rozenweig Picture Frustration Study aux enfants palestiniens. In M.C Delbovier. *Les traumatismes psycho-sociaux de la guerre chez les enfants, une approche de la frustration et l'agression chez les enfants palestiniens*. Mémoire de fin d'études, Belgique, Louvain la Neuve, U.C.L.
- KOUDOU Opadou. (2005). Gestion des situations familiales, dysfonctionnement des relations fraternelles et marginalité sociale de l'enfant en Côte d'Ivoire. N°2,9-19, *Revue Africaine de Criminologie*.
- KOUDOU Opadou. (2006a). Recomposition familiale, déliaison et difficultés d'adaptation sociale chez l'adolescence. N°1,40-47, *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*. Genève/Suisse, Meichtry.
- KOUDOU Opadou. (2006b). Dysfonctionnements familiaux et formation de la personnalité à risque déviant chez l'adolescence. N°4,81-103. *Revue Africaine de Criminologie*.
- MAHJOUB Abdelwahab, Leyens J.PH, Yzerbyt V & DiGiaocomo JP (1989). War stress and Coping Modes: Representations of the selfidentity and time perspective



among Palestinian children, *International Journal of Mental Health*, Vol18, n° 2.

MAHJOUB Abdelwahab (1995), *Approche psychosociale des traumatismes de guerre chez les enfants et adolescents palestiniens*, - Tunis (Tunisie) : Editions de la Méditerranée, 1995, 237 P.

MANCIAUX Michel (2004). *Les personnes handicapées mentales*, Edition Fleurus, Paris.

MANCIAUX Michel, VANISTENDAEL Stefan, LECOMTE Jacques & CYRULNIK, Boris. (2001). *La résilience : état des lieux*, in Manciaux M. (dir.), *La résilience : résister et se construire*, Genève, Médecine et Hygiène.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2006). *Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle Rapport sur la santé dans le monde*

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (2007). *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008*

RUTTER Michael (2002). *La résilience en face l'adversité, facteur de protection et résistance aux désordres psychiques, étude la mort*, N° 122-123-146.

RUTTER Michael (1998). *L'enfant et la résilience*, *Le Journal des Psychologues*, n°162.

WERNER E. Emmy (1989). *Children of the Garden Island*, *Scientific American*, p.106-111.