Document generated on 07/14/2025 9:45 p.m.

Développement Humain, Handicap et Changement Social
Human Development, Disability, and Social Change

Modèle de développement d'interventions individualisées axées sur la résilience

Colette Jourdan-Ionescu

Volume 19, Number 1, April 2011

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1087260ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1087260ar

See table of contents

Publisher(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (print)
2562-6574 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Jourdan-Ionescu, C. (2011). Modèle de développement d'interventions individualisées axées sur la résilience. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, *19*(1), 25–33. https://doi.org/10.7202/1087260ar

Article abstract

L'élaboration d'interventions basées sur la résilience assistée se fonde sur une expérience d'évaluation – dans une perspective écosystémique – des facteurs de risque et des facteurs de protection auprès de diverses populations à risque : enfants de familles négligentes chroniques, adolescents présentant une déficience intellectuelle, jeunes enfants de milieux très défavorisés, enfants malades, enfants présentant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et enfants surdoués. La présente communication souligne l'importance de la balance dynamique entre les facteurs de risque et de protection dans l'élaboration d'une intervention individualisée visant la résilience. Des exemples d'intervention par l'humour et grâce à un tuteur de résilience – deux facteurs clés de résilience assistée – seront fournis.

Tous droits réservés © Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2011

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Revue Développement humain, handicap et changement social, 2011, **(19)**, 1, p. 25-34.
Journal of Human Development, Disability, and Social Change

Modèle de développement d'interventions individualisées axées sur la résilience

COLETTE JOURDAN-IONESCU
Département de psychologie, Université du Québec à Trois- Rivières

Article original • Original Article

Résumé

L'élaboration d'interventions basées sur la résilience assistée se fonde sur une expérience d'évaluation – dans une perspective écosystémique – des facteurs de risque et des facteurs de protection auprès de diverses populations à risque: enfants de familles négligentes chroniques, adolescents présentant une déficience intellectuelle, jeunes enfants de milieux très défavorisés, enfants malades, enfants présentant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et enfants surdoués. La présente communication souligne l'importance de la balance dynamique entre les facteurs de risque et de protection dans l'élaboration d'une intervention individualisée visant la résilience. Des exemples d'intervention par l'humour et grâce à un tuteur de résilience – deux facteurs clés de résilience assistée – seront fournis.

***Mots-clés* :** Résilience, intervention individualisée, populations à risque

La recherche sur la résilience a commencé par des études sur des populations d'enfants à risque (Werner et Smith, 1982/1989, 2001; Rutter, 1966, 1972, 1979a et b; Garmezy, 1993) étant confrontées à diverses adversités : pauvreté, conflits familiaux, séparation des parents, problèmes de santé mentale d'un parent, problèmes de santé de l'enfant, incapacités de l'enfant. Ces études ont permis de constater que ces adversités auxquelles les enfants sont confrontés peuvent affecter le cours normal de leur développement, mais que certains enfants s'en sortent bien, notamment grâce à leurs facteurs de protection individuels, familiaux et environnementaux. Chez l'adulte ayant vécu des événements traumatiques, Ionescu (sous presse) souligne que l'étude de la résilience a permis de constater que certaines personnes sont en mesure de revenir à leur état antérieur et d'autres peuvent même en tirer profit et s'épanouir.

La balance dynamique rencontrée dans le développement entre les facteurs de risque (individuels, familiaux et environnementaux) rencontrés durant le développement et les facteurs de protection (eux aussi individuels, familiaux et environnementaux) peut déterminer un développement ultérieur vulnérable ou allant vers le pôle de la résilience naturelle.

Un bilan succinct des connaissances concernant la résilience de diverses populations d'enfants à risque (enfants maltraités, enfants malades, enfants surdoués et jeunes présentant une déficience intellectuelle) sera présenté et mènera à plusieurs conclusions concernant le développement de la résilience assistée.

Viser la résilience des enfants ayant été maltraités

De nombreuses recherches[1] ont tenté de mesurer le nombre d'enfants faisant preuve de résilience naturelle[2] face à la maltraitance qu'ils vivent. Selon la méthode des études (critères d'inclusion, critères de résilience, répondants interrogés, instruments, point de coupure des scores, durée de l'étude), les analyses n'arrivent pas aux mêmes résultats et varient entre 0,9 % à 66 % d'enfants maltraités qui présentent des comportements ou une réussite scolaire dans la norme. Évidemment, ce nombre d'enfants est toujours inférieur à celui des enfants non maltraités de milieux défavorisés qui présente des comportements ou une réussite dans la norme.

La recherche conduite par Dixon, Browne et Hamilton-Giachritis (2009) a permis d'explorer les patterns de facteurs de risque et de protection en lien avec la reproduction du cycle de la maltraitance. Ces auteurs ont analysé les résultats de visites à domicile effectuées par 103 infirmières durant la première année de vie de nourrissons de 5 351 familles. Dixon *et al*. répartissent les parents en quatre groupes et montrent que seulement une très faible minorité de parents ayant vécu de la maltraitance durant leur enfance maltraitent leur enfant (6,67 % / 93,33 % de parents ayant été maltraités ne maltraitent pas leur bébé) et que très peu de parents n'ayant pas vécu de maltraitance l'initient en maltraitant leur enfant (0,4 %). Les auteurs soulignent que les facteurs de protection communs aux « briseurs du cycle de la maltraitance » et aux parents ne rapportant pas d'histoire de maltraitance sont le soutien social et la solvabilité financière. D'autres écrits permettent de souligner la valeur de protection que constituent le fait d'avoir un parent non maltraitant, de vivre un moins grand nombre d'événements stressants, de se confronter à son parent maltraitant, de faire un effort pour se différencier du parent maltraitant qu'ils ont eu, d'avoir à l'âge adulte un partenaire soutenant, de désirer aider les autres et de développer sa spiritualité (Grossman, Sorsoli et Kia-Keating, 2006; DuMont, Widom et Czada, 2007; Eshed Bar-Sade, 2008).

[1] Dont celles de Cicchetti, Rogosh, Lynch et Holt, 1993; Kaufman, Cook, Arny, Jones et Pittinsky, 1994; Cicchetti et Rogosh, 1997; Flores, Cicchetti et Rogosch, 2005; Haskett, Nears, Ward et McPherson, 2006; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas et Taylor, 2007; Walsh, 2010.

[2] La résilience naturelle apparaît spontanément chez la personne qui est confronté à un traumatisme ou à des situations d'adversité. Elle se produit sans l'aide d'intervention professionnelle.

Un facteur de protection primordial pour les enfants vivant de la maltraitance est la présence d'une personne qui lui apporte un soutien inconditionnel. Ce mentor[3] ou tuteur de résilience (Cyrulnik, 2001) – qui peut être un membre de la famille élargie, une personne proche ou un mentor bénévole – peut servir de modèle d'identification adapté et stimuler le développement de l'enfant. Il peut constituer une clé de résilience essentielle pour l'enfant en prévenant la récidive de la maltraitance. Par exemple, une adolescente provenant d'une famille soutien[4] qui est présente pour une famille négligente chronique pourra constituer un tuteur de résilience pour un enfant subissant de la négligence. Le modèle de cette adolescente pourra stimuler l'enfant à réussir à l'école, le motiver à apprendre à jouer d'un instrument de musique et l'encourager à faire des activités saines pour lui. De fait, les membres de la famille soutien peuvent constituer de multiples tuteurs de résilience et modèles d'identification pour les différentes personnes de la famille aidée (modèle de mère, de père, d'enfant pour la mère, pour le père, pour les enfants). Le *modeling* est aussi efficace pour favoriser l'attachement de l'enfant au parent et du parent à son jeune enfant et encourager ainsi les relations positives durables (Kaufman, 2008). Il faut renforcer la capacité de l'enfant à parler de ce qu'il vit, à se protéger, à répondre aux exigences sociales (réussite scolaire, intégration sociale et projets d'avenir) et à utiliser le soutien social.

Connaissances concernant les enfants malades

La traversée d'une maladie (cancer, maladie cardiaque, etc.) n'est pas simple pour un enfant, ni pour ses proches. De nombreux facteurs de risque peuvent atteindre l'enfant lui-même (douleur et souffrance, traitement difficile, problèmes physiques, obligation d'abandonner ses activités sportives valorisantes, anxiété face aux hospitalisations, changements d'apparence physique, sentiment de différence par rapport aux autres enfants, etc.), sa famille (perturbations dans la routine, risque de surprotection de l'enfant malade, problèmes d'organisation avec l'emploi, risque de négliger la fratrie, fratrie qui attire l'attention en présentant des difficultés, attentes impossibles envers le milieu médical, stress familial élevé, désaccords conjugaux et séparation, stress financier, etc.) et ses environnements de vie (indifférence de l'école, isolement social, marginalisation, incompréhensions au plan scolaire pour l'enfant ou professionnel pour les parents, transfert exagéré des relations sociales par le biais d'Internet, manque de ressources de santé, etc.)[5]. Face à ces problèmes, certains facteurs de protection peuvent être mis en place pour aider l'enfant malade et ses proches. Pour favoriser sa résilience, l'enfant malade doit savoir ce qu'il va lui arriver (recevoir de l'information sur sa maladie), il doit pouvoir exprimer de ce qu'il vit (douleur, émotions, anxiété, etc.) et avoir un certain contrôle sur sa vie. Pour amplifier la résilience des parents, il faut que ceux-ci soient attentifs à leur santé et leur équilibre psychique, qu'ils soient disponibles pour leurs enfants, qu'ils conservent une bonne routine familiale, qu'ils écoutent ce que leur conjoint et leurs enfants vivent et communiquent en retour ce qu'ils ressentent, qu'ils partagent les tâches et événements importants et qu'ils aient recours aux ressources existantes. La fratrie et les grands-parents doivent être informés à propos de la maladie de l'enfant et de ce qu'elle implique. Les membres de la famille élargie peuvent se rendre utiles et apporter du soutien aux parents. Au plan environnemental, la conservation du lien avec l'école (enseignant et camarades de classe), les associations de malades, de parents d'enfants malades et les bénévoles peuvent constituer des facteurs de protection.

[3] Priem, 1997; Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulniers et Couture, 1998; Jourdan-Ionescu et Julien-Gauthier, 2004; Jourdan-Ionescu, Julien-Gauthier, Saint-Arnaud et Bilodeau, 2006.

[4] La famille soutien constitue une alternative au placement de l'enfant. La famille soutien est une famille dont les parents ont réussi à élever leurs enfants et leur rôle en est un d'étayage au quotidien. Le modèle d'identification des parents et des enfants peut s'exercer à travers une présence et des activités partagées.

[5] Voir Jourdan-Ionescu, Méthot et St-Arnaud (2006) et Jourdan-Ionescu, Ionescu, Bouteyre, Roth, Méthot et Vasile (sous presse).

Connaissances concernant les enfants surdoués

Les enfants surdoués rencontrent plusieurs problèmes : au plan individuel (décalages[6] entre l'avance dans certains domaines et le retard relatif dans d'autres secteurs, difficulté à répondre aux attentes, etc.), au niveau familial (relations difficiles parents-enfant surdoué, difficultés d'éducation, relations fraternelles difficiles, etc.), au niveau environnemental (relations sociales difficiles, isolement, rejet social, etc.). Les enfants surdoués présentent habituellement de nombreux facteurs de protection : intelligence supérieure à la moyenne, excellentes capacités mnésiques, plasticité cérébrale élevée, curiosité insatiable, indépendance, compréhension précoce, grande capacité de résolution de problèmes, créativité, etc. Toutefois, même si ces facteurs de protection peuvent aider ces enfants à traverser certaines difficultés en lien avec les facteurs de risque qui leur sont propres, la balance dynamique ne penche pas toujours du côté de la résilience. En effet, de nombreux enfants surdoués ne réussissent pas à l'école ou la désinvestissent par ennui et se retrouvent marginalisés. Pour favoriser la résilience de ces enfants, il faut les identifier précocement, renforcer leur estime de soi, les aider à développer leurs habiletés relationnelles et augmenter leur maturité sociale. Au plan familial, il faut encourager l'acceptation des différences, favoriser l'augmentation de l'estime de soi des parents, diminuer le fardeau parental, augmenter le soutien social disponible et améliorer l'ambiance familiale. Enfin, au niveau environnemental, il faut viser l'enrichissement du réseau social du jeune, l'augmentation des occasions de participation sociale, l'augmentation de l'acceptation des personnes de l'environnement et de la formation des intervenants (Jourdan-Ionescu, 2008).

Par exemple, la mise en place d'un mentor peut aider l'enfant surdoué à traverser les situations adverses. Comme souvent les enfants surdoués ont des intérêts inhabituels, il est bon pour eux de fréquenter une personne qui travaille dans ce domaine d'intérêt pour répondre à leurs questions. Durant ces rencontres, l'enfant sera stimulé et renforcé dans sa passion. Le partenariat du mentor avec les parents favorisera le soutien de la famille, l'amènera à faire de bons choix pour les loisirs et à soutenir les forces de leur enfant.

Connaissances concernant les jeunes personnes présentant une déficience intellectuelle

Face aux défis que représente le fait de grandir avec une déficience intellectuelle, l'enfant, sa fratrie et sa famille doivent bénéficier d'interventions permettant un bon développement, une intégration sociale réussie et une bonne qualité de vie. En effet, dès l'annonce du diagnostic, la famille doit être soutenue pour faciliter la mise en place d'interventions précoces interdisciplinaires (Jourdan-Ionescu, 2003) pour l'enfant et sa famille. La fratrie ne doit pas être négligée, elle doit recevoir de l'information sur la déficience. La participation à des groupes de fratries (Gascon, Pépin et Aubé, 2005; Scelles, Bouteyre, Dayan et Picon, 2007) favorise l'intégration de cette expérience qui permet de « fréquenter » la différence. Le développement des habiletés sociales de l'enfant présentant une déficience intellectuelle peut être favorisé par une scolarisation adaptée comprenant un soutien pour l'apprentissage des concepts, d'habiletés de coping et différentes activités pour mettre en pratique ces apprentissages (Jourdan-Ionescu et Julien-Gauthier, sous presse). Même si l'entourage procure de nombreux modèles à la personne présentant une déficience intellectuelle, la mise en place d'un mentor de son âge (tuteur de résilience) peut faciliter son intégration sociale, l'exercice de rôles adaptés et le développement de son autonomie dans la vie courante. Pour le mentor, il s'agit de servir de modèle d'identification et de développement, mais aussi d'apprendre comment aider une personne différente.

[6] Terrassier (1981/1999) distingue les dyssynchronies interne (au sein de la personne) et sociale (visible dans les interactions) pour décrire les hétérochronies entre les précocités dans certains secteurs (apprentissages, raisonnement, etc.) et les lenteurs développementales relatives (motrices, affectives, etc.). Jourdan-Ionescu et Ionescu (1997) parlent d'hétérochronie développementale pour décrire ces décalages.

Le réseau social est un facteur de protection qui mérite une attention particulière en déficience intellectuelle. En effet, les transitions fragilisent la qualité du réseau social. Par exemple, la fin de la scolarisation et le passage à la vie d'adulte prend souvent la forme de perte des pairs devenus amis au fil de la scolarité. Ces amis que l'on ne voit plus ne sont pas forcément remplacés par un réseau de collègues de travail – comme dans le cas de la population typique – et les habiletés personnelles souvent déficitaires ne permettent pas de se reconstruire facilement un réseau. L'isolement à l'âge adulte est donc un facteur de risque qu'il ne faut pas négliger. L'exemple du mentor dans l'Intervention Dyadique pour l'Intégration Sociale[7] (IDIS, Jourdan-Ionescu, 2001; Jourdan-Ionescu et Julien-Gauthier, 2004) comporte plusieurs clés de résilience : le fait de se réaliser dans le milieu naturel du jeune, la coconstruction de l'intervention en partenariat avec le jeune, ses parents et les membres de la communauté et le rôle de tuteur de résilience. Les clés de résilience assistée pour la personne présentant une déficience intellectuelle visent à développer les facteurs de protection de la personne, de son milieu familial et de son environnement.

Évidemment, le fait de considérer la résilience comme une issue possible à la confrontation avec diverses adversités engendre un espoir. Ceci confère un dynamisme aux interventions à élaborer pour favoriser la résilience, interventions dites de « résilience assistée » (Ionescu, 2004) visant à aider les personnes à faire face le mieux possible aux situations d'adversité.

[7] L'Intervention Dyadique pour l'Intégration Sociale est une intervention qui mise sur l'appariement en double dyade de deux jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle avec deux mentors bénévoles étudiants. Lors de la réalisation d'activités de loisirs, les doubles dyades apprennent à se connaître et les jeunes présentant une déficience intellectuelle développent leurs compétences sociales en assumant un rôle approprié pour leur âge.

Production d'un modèle de développement d'interventions individualisées axées sur la résilience

Afin de développer des interventions individualisées axées sur la résilience, il est nécessaire de prendre en compte plusieurs éléments que l'on peut considérer comme étant efficaces afin de faire face à plusieurs adversités :

- l'intervention doit être précédée par une évaluation des facteurs de risque, des facteurs de protection et des capacités de résilience de la personne (Ionescu et Jourdan-Ionescu, sous presse);
- l'intervention doit être individualisée afin de prendre en compte les facteurs de risque que la personne affronte et les facteurs de protection présents afin de faire pencher la balance dynamique dans la direction de la résilience;
- l'intervention favorise les forces de la personne et de son entourage;
- l'intervention doit être réalisée en partenariat[8] et viser l'habilitation ou l'*empowerment* (Dunst et Paget, 1991; Dunst, Trivette et Deal, 1991) de la personne;
- le cadre de l'intervention est l'environnement naturel de la personne;
- l'intervention est écosystémique et prend en compte tous les systèmes de vie de la personne. Elle aide la personne, mais vise aussi à fournir du soutien pour son entourage, à favoriser l'utilisation des ressources et à améliorer l'environnement;
- l'intervention est préventive, afin d'éviter toute action négative des facteurs de risque présents;
- l'intervention favorise la mise en place d'un tuteur de résilience avec accordage permettant l'instauration d'un lien naturel afin de constituer un modèle posant un regard positif sur la personne et favorisant son bon développement;
- l'intervention prend en compte le cycle de vie de la personne et les transitions qu'elle vit et doit vivre;

[8] La coconstruction de l'intervention permet de bâtir l'intervention en partenariat avec la personne cible, ses proches et tous les intervenants impliqués (Jourdan-Ionescu, 2001).

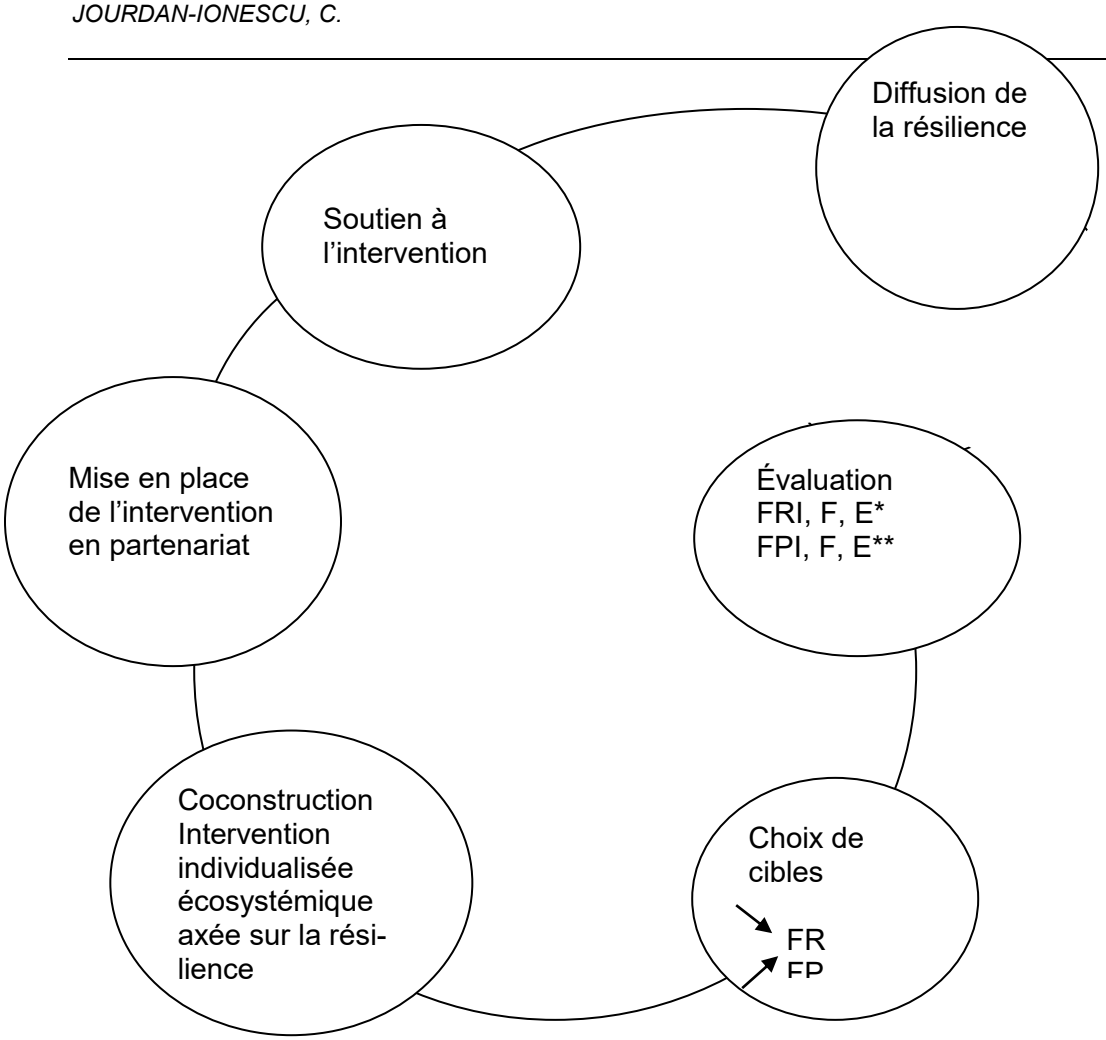
- l'humour peut être utilisé comme vecteur de résilience;
- l'intervention met l'accent sur l'espoir et la recherche de sens, mais ne néglige pas la souffrance de la personne;
- l'intervention favorise le fait de rendre ce qui a été reçu sous forme de don[9] à autrui (par exemple, prendre la responsabilité d'aider une autre personne);
- l'intervention doit être supervisée par un intervenant responsable de la coordination de toutes les actions mises en place.

Le modèle présenté dans la *Figure 1* permet de reprendre l'ensemble des éléments présentés jusqu'ici. Les cibles communes (augmentation de l'estime de soi et du sentiment de contrôle sur la situation, valorisation de ses forces, de ses efforts et de ses réussites, sentiment d'espoir, soutien au développement de la personne, soutien apporté aux proches, meilleure utilisation des ressources, etc.) peuvent être visées par des clés de résilience trans-adversité[10] (par exemple, avoir recours à l'humour, tisser un filet de protection grâce au réseau social et mettre en place un tuteur de résilience).

Ce modèle illustre bien la circularité de la résilience et la diffusion de ses effets positifs. Il est essentiel de rappeler que dans la conception de la résilience assistée, la personne qui doit être aidée n'est pas un « récipient » de l'intervention mise en place par des professionnels, elle est active et utilise le filet de protection mis à sa disposition pour poursuivre son développement et augmenter sa qualité de vie.
Enfin, les intervenants doivent être formés pour cibler et travailler à augmenter le potentiel de résilience des personnes auprès desquelles ils interviennent. Mais il ne faut pas oublier d'évoquer, dans le contexte actuel des soins de santé, la résilience des intervenants. Comment la favoriser? Les cibles communes et les clés de résilience déjà évoquées devraient aussi être appliquées aux intervenants.

[9] Voir la thèse de Sophie Ménard (2011) sur le don.

[10] Certaines clés de résilience paraissent avoir une validité dans différentes situations. Par exemple, le fait d'apprendre à avoir recours à l'humour semble être une stratégie trans-adversité dans le sens où elle permet toujours de prendre du recul par rapport au vécu et donc d'en être moins affecté (Jourdan-Ionescu, 2010).



* FRI, F, E : Facteurs de risque individuels, familiaux, environnementaux
** FPI, F, E : Facteurs de protection individuels, familiaux, environnementaux

Figure 1. Modèle de développement d'intervention de résilience assistée

Références

CICCHETTI, D. ET ROGOSH, F.A. (1997). «The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children». *Development and Psychopathology, 9*, 797-815.

CICCHETTI, D., ROGOSH, F. A., LYNCH, M. ET HOLT, K.D. (1993). «Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome». *Development and Psychopathology, 5*, 629-647.

CYRULNIK, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris: Éditions Odile Jacob.

DIXON, L., BROWNE, K. ET HAMILTON-GIACHRITSIS, C. (2009). «Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment». *Journal of Family Violence, 24* (2), 111-122.

DUMONT, K. A., WIDOM, C. S. ET CZAJA, S. J. (2007). «Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics». *Child Abuse & Neglect, 31* (3), 255-274.

DUNST, C. ET PAGET, K. D. (1991). «Parent-professional partnership and family empowerment». *In* M. J. Fine (Éd.), *Collaboration with parents of exceptional children*. Brandon: Center for parent/professional collaboration.

DUNST, C., TRIVETTE, C. ET DEAL, A. (1988). *Enabling and empowering families.* Cambridge: Brookline Books.

ESHED BAR-SADE, I. (2008). «Is there a construct of resilience in fathers who were neglected in childhood and do not maltreat their own children?», Alliant International University, San Francisco Bay.

FLORES, E., CICHETTI, D. ET ROGOSCH, F. (2005). «Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children». *Development and Psychopathology, 41*, 338-351.

GARMEZY, N. (1993). «Vulnerability and resilience». *In* D.C. Funder, R.D. Parke, C. Tomlinson-Keasey et K. Widaman (Eds), *Studying lives through time. Personality and development.* Washington: American Psychological Association, pp. 377-398.

GASCON, H., PÉPIN, G. ET AUBÉ, J. (2005). «Évaluation du programme "Entraide phratrie" offert dans un contexte de camps de vacances estival». *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle, N° spécial (Mai)*, 40-45.

GROSSMAN, F. K., SORSOLI, L. ET KIA-KEATING, M. (2006). «A gale force wind: Meaning making by male survivors of childhood sexual abuse». *American Journal of Orthopsychiatry, 76* (4), 434-443.

HASKETT, M. E., NEARS, K., WARD, C. S. ET MCPHERSON, A. V. (2006). «Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning». *Clinical Psychology Review, 26* (6), 796-812.

IONESCU, S. (2004). Préface. *In* J. Lecomte, «Guérir de son enfance». Paris : Odile Jacob, pp. 11-16.

IONESCU, S. (sous presse). «Le domaine de la résilience assistée». In S. Ionescu (Ed.), *Traité de résilience assistée*. Paris : P.U.F.

JAFFEE, S. R., CASPI, A., MOFFITT, T.E., POLO-TOMAS, M. ET TAYLOR, A. (2007). «Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model». *Child Abuse and Neglect, 31*, 231-253.

JOURDAN-IONESCU, C. (2001). «Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience». *Revue québécoise de psychologie, 22*(1), 163-186.

JOURDAN-IONESCU, C. (2003). «L'intervention précoce et les programmes de prévention». Dans M. J. Tassé et D. Morin (Éds.), *La déficience intellectuelle* (pp. 159-181). Boucherville: Gaétan Morin Éditeur.

JOURDAN-IONESCU, C. (2008). «Importance de la prise en compte de l'hétérochronie développementale dans l'évaluation et l'intervention auprès des surdoués». *Développement des ressources humaines, 6*, 26-43.

JOURDAN-IONESCU, C. (2010). «L'humour comme facteur de résilience pour les enfants à risque et leur famille». *Bulletin de psychologie, 63*(6).

JOURDAN-IONESCU, C. ET IONESCU, S. (1997). «La notion d'hétérochronie en psychopathologie développementale». In A. Blanchet et collaborateurs (eds), *Recherches sur le langage en psychologie clinique*. Paris : Dunod.

JOURDAN-IONESCU, C. ET JULIEN-GAUTHIER, F. (2004). «Développement du réseau de soutien social pour faciliter la participation sociale de jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle». *In* E. Palacio-Quintin, J.-M. Bouchard et B. Terrisse (Eds), *Questions d'éducation familiale* (pp. 501-528). Outremont : Les éditions LOGIQUES.

JOURDAN-IONESCU, C. ET JULIEN-GAUTHIER, F. (sous presse). «Clés de résilience en déficience intellectuelle». In S. Ionescu (Ed.), *Traité de résilience assistée*. Paris : P.U.F.

JOURDAN-IONESCU, C., IONESCU, S., BOUTEYRE, E., ROTH, M., MÉTHOT, L. ET VASILE, L.D. (sous presse). «Résilience assistée et événements survenant au cours de l'enfance: maltraitance, maladie, divorce, décès des parents et troubles psychiatriques des parents». In S. Ionescu (Ed.), *Traité de résilience assistée*. Paris : P.U.F.

JOURDAN-IONESCU, C., JULIEN-GAUTHIER, F., SAINT-ARNAUD, I. ET M.-C. BILODEAU (2006). «Développer les compétences et soutenir la motivation des « pairs-mentors » auprès de jeunes adultes présentant une déficience intel-

lectuelle »». *In* H. Gascon, J.-R. Poulin, J.J. Detraux, D. Boisvert et M.-C. Haelewick (Eds), *Déficience intellectuelle : Savoirs et perspectives d'action. Tome 2 Formation, interventions, adaptation et soutien social*, pp. 417-426. Cap Rouge : Presses Inter Universitaires.

JOURDAN-IONESCU, C., MÉTHOT, L., ET ST-ARNAUD, I. (2006). «Séparation parentale et maladie d'un enfant». *In* S. Ionescu et C. Jourdan-Ionescu (Eds), *Psychopathologies et société : traumatismes, événements et situations de vie*. Paris, Vuibert, p. 57-80.

JOURDAN-IONESCU, C., PALACIO-QUINTIN, E., DESAULNIERS, R., COUTURE, G. (1998). «Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce». *Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale*. Trois-Rivières: GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.

KAUFMAN, J. (2008). «Genetic and environmental modifiers of risk and resiliency in maltreated children». Dans J. J. Hudziak (Éd.), *Developmental psychopathology and wellness: Genetic and environmental influences* (pp. 141-160). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

KAUFMAN, J., COOK, A., ARNY, L., JONES, B. ET PITTINSKY, T. (1994). «Problems defining resilience: Illustrations from the study of maltreated children». *Development and Psychopathology, 6*, 215-229.

MÉNARD, S. (2011). «La parentalité en contexte social: le sentiment de compétence parentale, la demande d'aide et le don chez des parents d'enfant de quatre à six ans». *Thèse de doctorat non publiée* : Université du Québec à Trois-Rivières.

PRIEM, S. (1997). Saving the world: One child at a time. *Northwest Education, 3*(2), 14-21.

RUTTER, M. (1966). «Children of sick parents: An environmental and psychiatric study» *(Maudsley Monograph Nº 16)*. London: Oxford University Press.

RUTTER, M. (1972). *Maternal deprivation reassessed*. Harmondworth: Penguin.

RUTTER, M. (1979a). «Separation experiences: a new look at an old topic». *Journal of Pediatrics*, *95*, 147-154.

RUTTER, M. (1979b). «Protective factors in children responses to stress and disadvantage». *In* M.W. Kent et J.E. Rolf (Eds), *Primary prevention in psychopathology. Vol 3: Social competence in children*. Hanover: University Press of New England, pp. 49-74.

SCELLES, R., BOUTEYRE, E., DAYAN, C. ET PICON, I. (2007). «"Groupes fratries" d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé: leurs indications et leurs effets». *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 18*, 32-44.

Terrassier, J.-C. (1981/1999). «Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante». Paris : Éditions ESF Groupe Elsevier.

WALSH, W. A., DAWSON, J. ET MATTINGLY, M. J. (2010). «How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy?» *Trauma, Violenceet Abuse, 11* (1), 27-41.

WERNER, E.E. ET SMITH, R.S. (1982/1989). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, Cox.

WERNER, E.E. ET SMITH, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery.* Ithaca: Cornell University Press.