

Impact transgénérationnel du génocide perpétré contre les Tutsi au Rwanda: Troubles psychologiques ou résilience? Une étude exploratoire sur les enfants des survivants

Fidèle Dushimimana

About the author

Dr. Fidèle Dushimimana holds a PhD in Psychology from Salesian Pontifical University in Rome. He is a Priest and Deputy Vice-Chancellor in charge of Academic Affairs at Catholic Institute of Kabgayi. He has made publications in different areas including the area of education and social cohesion in Rwanda.

Acknowledgments

This research project would not have been possible without the funding from United Kingdom's Department for International Development (DfID) through Aegis Trust's Research, Policy and Higher Education (RPHE) programme. I would like to sincerely appreciate the children and their mothers who participated in this research project, without forgetting Dr. Erasme Rwanamiza, Sandra Shenge and Dr. Phil Clark for offering constructive feedback.

Disclaimer

The research was conducted independently by the author. Accordingly, the views, opinions, and thoughts expressed in this paper are solely those of the author and do not necessarily reflect the official policy or position of Aegis Trust.

All rights reserved

Abstract

The issue of the impact of traumatic events such as genocide on survivors' children has been the focus of many studies in the field of psychology over the last five decades. The aim of this study is to evaluate whether surviving mothers of the Rwandan Genocide perpetrated against the Tutsi have transmitted psychopathology or resilience to their children. This research was carried out among 23 surviving mothers and their children aged from 10 to 12 years in non-clinical settings. Psychometric tests measuring the PTSD and resilience on the side of mothers as well as those measuring children's anxiety, depression and resilience were administered. The findings revealed that children of surviving mothers did not develop psychopathology. On the contrary, the findings showed a high level of resilience on the side of children. On one hand, these findings challenged the assumed transgenerational transmission of trauma. On the other hand, this study revealed that the high level of resilience on the side of children seems to be linked to the family's advantaged socio-economic status and to important contextual factors such as spirituality, education and culture. The findings should have a direct impact on future research into the mental health and resilience of survivors' children as well as policies aimed at promoting children's resilience.

Keywords

Genocide, Transgenerational transmission, Post-Traumatic Stress Disorder, Survivors, Children, Psychopathology, Resilience.

Introduction

Cette étude a pour but d'évaluer l'impact transgénérationnel du génocide perpétré contre les Tutsi sur les enfants des survivants. Il s'agit d'évaluer, de façon spécifique, si les enfants dont les mères ont survécu au génocide perpétré contre les Tutsi ont développé des troubles psychologiques ou de la résilience.

Après la deuxième guerre mondiale, diverses études se sont intéressées aux conséquences psychologiques sur les personnes victimes d'événements traumatiques comme le génocide. Les conséquences les plus constatées sont des niveaux élevés d'anxiété et la dépression (Zalhic & Pivic, 2008 ; Al-Turkait & Ohaeri, 2008), l'état de stress post-traumatique (Pham, Weinstein, & Longman, 2004 ; Daud, Skoglund, & Rydelius, 2005) ainsi que d'autres troubles psychologiques (Hagengimana et al., 2003 ; Caselli & Motta, 1995). Certains auteurs sont même allés jusqu'à parler d'un « syndrome de survivant » (Baranowsky et al., 1998).

Vers la fin des années 1960, certains experts cliniciens ont observé la présence de ces mêmes troubles psychologiques chez les enfants de survivants de la Shoah (Adelman, 2000). Ils ont remarqué, en outre, que leurs symptômes ressemblaient à de réels traumatismes. Depuis lors, certains psychologues ont émis l'hypothèse de transmission des traumatismes aux enfants. Selon cette hypothèse, les traumatismes extrêmes peuvent se transmettre d'une génération à l'autre, les enfants des survivants devenant les dépositaires des souffrances et des traumatismes parentaux comme s'ils les avaient vécus eux-mêmes (Selvini, 1995). Par ailleurs, Kernsterberg (1983), parle de « complexe d'enfant de survivant » mais qui n'est pas nécessairement pathologique.

Ce phénomène de transmission de souvenirs traumatisants a été qualifié de différentes manières par les auteurs, tantôt d'intergénérationnel (Sigal & Weinfeld, 1989) ou de multigénérationnel (Danieli, 2007) ; tantôt de transmission générationnelle croisée (Lowin, 1995) ou de transmission transgénérationnelle (Felsen, 1998). Nous avons choisi d'utiliser le terme *transgénérationnel* qui nous semble exprimer mieux l'aspect de transmission du vécu, de l'histoire familiale à travers les générations. En effet, la transmission transgénérationnelle « se joue [...] dans le long terme de la famille, entre les générations antérieures, présentes et futures ; entre des générations qui se côtoient, celles qui ne se sont jamais côtoyées ou qui ne se côtoieront jamais. Elle traverse le temps, et ce, dans un seul sens (passé vers futur ; générations antérieures vers générations futures) » (Jennifer et al., 2012). Selon Jennifer et collaborateurs (2012), le mécanisme de transmission transgénérationnelle s'effectuerait de manière subtile, implicite, indirecte et inconsciente.

La revue de la littérature traite abondamment de la question de la transmission du traumatisme des survivants du génocide à leurs enfants. Cependant, elle révèle des résultats plutôt contradictoires entre les observations cliniques et les recherches empiriques. Les premières indiquent la transmission transgénérationnelle du trauma (Schwartz, Dohrenwend, & Levav, 1994). Les enfants de survivants dans ces cas possèdent un niveau élevé d'anxiété, de dépression, vivent avec un sentiment de culpabilité, présentent des signes de fragilité face aux situations de stress et d'autres troubles psychologiques. Les spécialistes en neurosciences semblent abonder dans ce sens. Yehuda et ses collaborateurs (2000) ont étudié la transmission des marqueurs biologiques entre les survivants de l'Holocauste et leurs enfants. Ces recherches concluent à l'altération de l'hormone du stress, le cortisol chez les enfants des survivants ainsi que les prédisposant à la dépression et au syndrome de stress post-traumatique.

Les études empiriques et systématiques, de leur côté, ne trouvent pas de troubles psychopathologiques chez les enfants de survivants, sauf lorsqu'ils sont exposés à d'autres situations menaçant leurs vies (Prager & Solomon, 1995 ; Roth, Neuner, & Elbert, 2014). Ainsi, une étude méta-analytique sur les enfants de survivants de la Shoah n'a pas trouvé significative la transmission transgénérationnelle du trauma et d'autres troubles psychologiques dans des échantillons non cliniques (Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Sagi-Schwartz, 2003).

Aujourd'hui, un autre regard est porté sur les traumatismes et leurs conséquences dans la recherche en psychopathologie sociale. Selon cette nouvelle perspective, les événements traumatiques et douloureux ne produisent pas nécessairement le traumatisme sur ceux qui les vivent ni sur leurs enfants. Certaines personnes, après ces expériences peuvent s'en sortir et rebondir. C'est cela qu'on appelle résilience ou stratégies de *coping*.

Étymologiquement, la résilience signifie « rebondir », « reprendre sa place ». Selon les lois de la physique, dont est emprunté le terme, la résilience est le pouvoir d'un objet à reprendre sa forme initiale après compression. Serban Ionescu définit la résilience comme :

La capacité à bien se développer au plan psychologique, malgré la survenue d'événements à caractère déstabilisant, malgré des conditions de vie difficiles, des traumatismes parfois sévères ou capacité à s'adapter rapidement au malheur ou à l'adversité, à récupérer après de telles situations. Le résultat consiste en l'absence de troubles mentaux dans et après des situations connues comme pouvant engendrer de tels troubles. Le processus implique une interaction sujet-environnement et des facteurs de protection, individuels, familiaux et environnementaux, modérateurs du risque et de l'adversité » (cité dans Tchilinguirian, 2013, pp. 46-47).

Dès lors, selon Serban Ionescu, malgré l'existence de différentes définitions de la résilience, on retrouve deux points communs sur lesquels les chercheurs sont unanimes : « (a) la résilience caractérise une personne ayant vécu ou vivant un événement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique qui fait preuve d'une bonne adaptation (ce qui a des significations différentes selon son âge et le contexte socio-culturel dans lequel elle vit) et (b) que la résilience est le résultat d'un processus interactif entre la personne, sa famille et son environnement » (cité dans Tchilinguirian, 2013, p.47).

Le traumatisme et la résilience ne sont pas des notions figées, de telle manière qu'on ne puisse catégoriser les personnes qui font face aux événements traumatiques en termes de vulnérables et invulnérables voire de forts et de faibles. Ainsi, les personnes résilientes ne sont pas à considérer comme « des surhommes, invulnérables, ne ressentant rien malgré les traumatismes subis » (Silvestro-Teissonnière, 2012, p.14). Ce qui est souligné ici, c'est le fait que « certaines personnes se situent vers le pôle santé du continuum pathologie-santé, même si elles vivent des événements traumatisants conduisant habituellement à l'apparition de troubles mentaux » (cité dans Tchilinguirian, 2013, pp. 44-45). Selon Tisseron (2007), « la résilience transforme les souffrances traumatiques en forces constructives » (p. 10).

Ce volet de résilience a été très peu exploré par les études sur la transmission transgénérationnelle. Quelques études menées sur les enfants des survivants de la Shoah (Sigal & Weinfeld, 1989 ; Schwartz, Dohrenwend, &

Levav, 1994 ; Barel et al., 2010) n'ont pas remarqué de différence entre ces enfants et d'autres dont les parents n'ont pas vécu le génocide. Au contraire, ils ont trouvé ces enfants bien adaptés et intégrés socialement et jouissant d'une bonne santé mentale. Ces auteurs interprètent cela comme des signes de résilience que les survivants auraient transmis à leur génération.

Vingt-trois ans à peine sont passés depuis le génocide perpétré contre les Tutsi au Rwanda. Nous sommes déjà à la deuxième génération¹ après cette tragédie. Les études menées dans le contexte de ce pays se sont focalisées sur les conséquences psychologiques du génocide sur la première génération. Ces conséquences observées comprennent entre autres le traumatisme psychologique personnel et communautaire, l'anxiété, la culpabilité d'avoir survécu, l'agressivité, la baisse d'estime de soi, des sentiments de peur et de méfiance, l'isolement et la détérioration des relations sociales (Arct-Ruhuka, 2005; Gasibirege & Babalola, 2001 ; Gasibirege & Misago, 2000; Ndayambaje, 2001).

L'on pourrait supposer qu'il existe un impact psychopathologique des parents exposés au génocide perpétré contre les Tutsi au Rwanda sur la santé mentale de leurs enfants. En ce sens, l'auteur a trouvé une seule étude en l'occurrence celle de Roth et collaborateurs (2014) menée sur la deuxième génération afin de vérifier la transmission du traumatisme. Cette étude, menée sur 125 femmes exposées au génocide et leurs enfants nés deux ans après le génocide, a montré qu'il n'y a pas d'association entre le traumatisme des mères et les troubles psychologiques de leurs enfants.

Aucune étude, cependant, tenant compte des deux volets de la transmission dans le contexte rwandais, n'a été trouvée par l'auteur. De ce fait, le présent travail est une contribution scientifique à la littérature existante sur la transmission transgénérationnelle et il explore la transmission des troubles psychologiques et de la résilience chez les enfants de la deuxième génération des survivants du génocide perpétré contre les Tutsi au Rwanda.

Pour cela, les questions principales qui guideront notre recherche seront les suivantes : Quel est l'impact transgénérationnel du génocide perpétré contre les Tutsi sur les enfants des survivants? Les enfants des survivants ont-ils développé des troubles psychologiques ou de la résilience?

Pour répondre à ces questions, nous émettons les hypothèses suivantes : 1) Si² les mères survivantes du génocide ont développé l'état de stress-posttraumatique, alors leurs enfants présentent des troubles psychologiques ; 2) Si les mères survivantes du génocide ont développé de la résilience, alors leurs enfants ont aussi développé de la résilience.

Matériels et méthodes

Participants

La présente étude a été menée de Septembre à Octobre 2015. Notre échantillon était constitué de 23 enfants (12 filles et 11 garçons) d'âge scolaire fréquentant la 5^{ème} année de l'école primaire et leurs mères

1 La première génération est celle qui a connu le génocide, la seconde est constituée par les enfants nés de cette première génération.

2 Pour la formulation de l'hypothèse, nous utilisons la forme SI...ALORS ("Writing a hypothesis", 2015). Le *Si* contient la variable indépendante et l'*Alors* contient la variable dépendante. Cette manière de formuler l'hypothèse permet d'établir si oui ou non il y a une influence de la variable indépendante sur la variable dépendante.

survivantes du génocide perpétré contre les Tutsi. La moyenne d'âge des mères se situait à 39 ans et 4 mois tandis que l'âge des enfants variait entre 10 et 12 ans avec une moyenne de 11 ans et 3 mois. Cela signifie que, pendant le génocide, les mères avaient plus ou moins 18 ans tandis que les enfants sont nés approximativement 10 ans après le génocide.

Ces participants ont été choisis en utilisant l'échantillonnage par choix raisonné. Ce type d'échantillonnage s'applique en supposant que la distribution des caractéristiques à l'intérieur de la population est égale. Ce qui nous laisse penser, par conséquent, que cet échantillon malgré sa petite taille pourrait donner des résultats exacts et par là scientifiquement valides.

Le ciblage des mères plutôt que des pères, s'explique par l'importance que la théorie de l'attachement – notre cadre de référence – accorde à la qualité de la relation mère-enfant pendant les premières années de la vie sur la santé mentale de l'enfant. En effet, selon Bowlby, cette relation peut déterminer le développement du pôle négatif ou du pôle positif de la santé mentale de l'enfant (voir Savard, 2010). De plus, un grand nombre d'études aussi observationnelles qu'expérimentales ont mis en évidence l'impact considérable de l'anxiété et de la dépression des mères sur la santé mentale des enfants par rapport aux pères (Hammen et al., 1991 ; Cummings, 1994).

Les caractéristiques spécifiques de l'échantillon d'enfants sont aussi importants à noter: parce qu'ils appartiennent à la deuxième génération après le génocide et que, selon certaines études, cette génération serait dépositaire du vécu de leurs parents survivants. L'âge de ces enfants a été ciblé parce qu'à cet âge, l'enfant a une bonne capacité de compréhension et est en mesure de répondre aux questionnaires utilisés comme instrument de collecte de données. Mais aussi, cet âge faciliterait une intervention préventive et de promotion de la santé mentale dans le cas où elle devrait être envisagée.

Ces enfants ont été choisis dans deux écoles primaires : l'une urbaine et privée (16 enfants), l'autre rurale et publique (7 enfants) dans les secteurs respectifs de Shyogwe et Nyamabuye du District de Muhanga. Les effectifs de ces deux échantillons s'expliquent par le fait que ces enfants étaient les seuls à remplir les critères d'inclusion expliqués ci-dessus. Quant aux lieux géographiques, ils ont été choisis en raison de leur proximité par rapport au chercheur.

Les écoles primaires privées étant chères et celles publiques gratuites, nous avons considéré que les enfants qui fréquentent les écoles privées proviennent des familles dont le statut socio-économique est élevé par rapport à ceux qui fréquentent les écoles publiques. Cela pourrait nous permettre de vérifier si la variable de statut socio-économique influence la transmission des troubles psychologiques ou la résilience.

Le recrutement des mères s'est effectué selon les critères suivants : a) avoir vécu au Rwanda en 1994 et être survivantes du génocide perpétré contre les Tutsi ; b) posséder toutes leurs facultés mentales. Quant au recrutement des enfants, les critères étaient : a) être nés après le génocide et appartenir à la deuxième génération de survivants du génocide; b) vivre avec leurs mères biologiques. Ce dernier critère sert à éviter des variables parasites que pourraient constituer un stress provenant des autres tuteurs.

Instruments et mesures

Des outils psychométriques de mesure ont été utilisés aussi bien sur les mères que sur leurs enfants. Pour les mères, il s'agissait d'évaluer leur expérience traumatique due au génocide, vérifier les symptômes du traumatisme psychologique et mesurer leur résilience. Quant aux enfants, nous voulions mesurer leur anxiété et leur dépression, en tant que signes de troubles psychologiques, ainsi que leur résilience. Les instruments originaux ont été traduits du Français et de l'Anglais, au Kinyarwanda. Afin de vérifier si le langage utilisé dans les tests traduits en Kinyarwanda est accessible aux participants, ils ont été testés sur un certain nombre de mères et enfants ayant le même profil que les participants à la recherche avant de les utiliser dans la recherche proprement dite. Les observations émises ont été tenues en compte et quelques modifications de langage ont été apportées pour rendre les questions plus compréhensibles. Soulignons qu'aucun de ces répondants au test-pilote n'a participé à notre étude.

L'état de stress post-traumatique chez les mères

Un des critères diagnostiqués de l'état de stress post-traumatique est le fait d'être confronté à un événement traumatisant ou en être témoin. Avant d'évaluer les symptômes de traumatisme, il est nécessaire de s'assurer que la personne a été exposée à cet événement. Pour ce faire, un questionnaire de 14 items adapté au contexte du génocide a été utilisé pour évaluer l'expérience traumatique vécue par les mères.

L'échelle de l'état de stress post-traumatique ou la *Post Traumatic Stress Disorder Checklist Scale* (PCL-S) a été choisie pour mesurer les symptômes de l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) chez les mères. Cet instrument mesure les trois sous-syndromes principaux de l'ESPT tels que décrits dans le Manuel Diagnostique et Statistique de Troubles Mentaux-IV (DSM-IV) à savoir : la répétition, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. Le choix de ce test par rapport à la *Post Traumatic Stress Disorder Checklist-5* (PCL-5) élaboré à partir de DSM-V a été motivé par le fait qu'aucune étude validant la PCL-5 n'a été trouvée, tandis que la PCL-S a été validé par diverses études et utilisé aussi dans le contexte rwandais (Roth *et al.*, 2012). De plus, la PCL-S est compatible avec la PCL-5. Dans la PCL-S, la sévérité des symptômes du traumatisme s'évalue à la base de sa fréquence, son intensité ou les deux combinés. Les versions française et anglaise ont été validées par les études qui en ont montré les qualités psychométriques, sa validité et sa fidélité (Weathers *et al.*, 1993 ; Blanchard *et al.*, 1996). Le problème nosologique de ce test ne se pose pas dans le contexte rwandais car, les symptômes du traumatisme peuvent être observés dans toutes les cultures.

Evaluation de la résilience chez les mères

Pour évaluer la résilience chez les mères, nous avons utilisé la *Ways of Coping Check List* (WCC) de Lazarus et Folkman (1984). Cette échelle composée de 27 items est utilisée pour évaluer les stratégies d'ajustement au stress qui permettent à la personne de supporter ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique ou psychologique. Les bonnes propriétés psychométriques de cet instrument ont été déterminées par des études telles que celles de Bruchon-Schweitzer *et al.* (1996) et Cousson *et al.* (1999). Cet instrument couvre trois dimensions : le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et la recherche du soutien social. La personne décrit une situation qui l'a bouleversée et est invitée à choisir parmi différentes

stratégies qui lui sont présentées, celles qu'elle utilise le plus souvent pour affronter cette situation. Le score total des items révèle alors le niveau de résilience du sujet.

Evaluation de l'anxiété, de la dépression et de la résilience chez les enfants

La *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMA-S) a été utilisée pour mesurer l'anxiété générale chez les enfants. Cet instrument contient 37 items. Il mesure trois sous-dimensions : anxiété physiologique, hypersensibilité et concentration/préoccupation sociale. Une quatrième sous-dimension correspond à la désirabilité sociale qui permet d'évaluer si l'enfant a tendance à se protéger, c'est-à-dire à adopter une attitude défensive envers le test.

Nous avons choisi cet instrument parce qu'il convient aux enfants de 6–19 ans, et notre échantillon est composé d'enfants se situant dans cette tranche d'âge. De plus, les auteurs affirment que cet instrument mesure non seulement l'anxiété globale mais surtout le score obtenu est aussi considéré comme valide pour la psychopathologie générale (Reynolds & Bradley, 1983). Les études ont déterminé ses bonnes propriétés métrologiques, sa validité, sa fidélité et une bonne corrélation avec l'échelle d'anxiété de Spielberger (1973), *State and Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) souvent utilisée.

Les symptômes de dépression chez les enfants ont été mesurés en utilisant le test de *Children Depression Inventory* (CDI) de Kovack et Becks (1977). Cet instrument est utilisé pour les enfants de 7 à 17 ans. Il comprend 27 items. Chaque item est composé de trois phrases qui représentent l'intensité du symptôme et il est coté de 0 à 2. Par exemple : 0 « Je suis triste de temps en temps » ; 1 « Je suis triste très souvent » ; 2 « Je suis triste tout le temps ».

La *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-28) a été utilisée pour détecter la résilience chez les enfants. Cet instrument est adapté aux enfants et aux jeunes de 6 à 23 ans. Il dépiste trois dimensions de la résilience à savoir : les traits individuels, la relation avec les parents ou les tuteurs et les facteurs contextuels qui facilitent le sens d'appartenance. La validité de ses propriétés psychométriques est attestée par des études telles que celles de Liebenberg, Ungar, & Van de Vijver (2012).

L'analyse des données a été effectuée en utilisant les statistiques. Les moyennes et écart-types ont été calculés grâce à la SPSS.

Déroulement de la recherche

Les responsables locaux d'AVEGA³ et d'IBUKA⁴ ainsi que les directeurs respectifs de l'école primaire privée urbaine de Shyogwe et l'école primaire publique rurale de Nyamabuye ont été consultés pour identifier les mères survivantes du génocide perpétré contre les Tutsi. Les enfants ont été choisis en accord avec les

³ Association des Veuves du Génocide (AVEGA AGAHOZO). Cette association a été créée le 15 janvier 1995 sous l'initiative des cinquante veuves rescapées du génocide dans le but de venir en aide de milliers de veuves et d'orphelins du génocide afin d'alléger leurs souffrances et les aider à s'adapter à leur situation. Cette association a été agréée par l'arrêté ministériel n° 156/05 du 30/10/1995 (Pour plus de détails consulter avega.org.rw).

⁴ Le nom officiel est « IBUKA - Mémoire et Justice ». Le terme IBUKA, en Kinyarwanda signifie « Souviens-toi ». Il s'agit d'une Organisation Non Gouvernementale qui œuvre pour la mémoire du génocide perpétré contre les Tutsi au Rwanda, la justice envers les responsables de crimes du génocide et le soutien aux rescapés (Pour plus de détails consulter le site www.ibuka.net).

directeurs selon les critères d'inclusion indiqués ci-dessus. Les mères de ces enfants ont été invitées à venir à l'école et ont été informées sur le but de la recherche aussi bien sur elles-mêmes que sur leurs enfants. Il leur a été précisé, en outre, que la participation était volontaire. Celles qui étaient venues ont toutes accepté de participer. Des tests psychométriques leur ont été distribués. Seulement deux mères ne savaient ni lire ni écrire et elles ont été interviewées par deux collaboratrices de recherche préalablement entraînées par le chercheur. Par la suite, différents tests ont été distribués aux enfants pour évaluer leurs niveaux d'anxiété, de dépression et de résilience. Pour cela, l'équipe de recherche a été assistée par les titulaires de classes qui, parce qu'ils côtoient les enfants tous les jours, ont déjà une bonne relation de confiance avec eux.

Résultats

Pour tester la première hypothèse, nous devons vérifier si les mères survivantes ont développé l'état de stress-posttraumatique et ensuite examiner si leurs enfants présentent également des troubles psychologiques.

L'état de stress post-traumatique chez les mères

L'exposition aux événements traumatiques chez les mères a été évaluée à l'aide de la liste adaptée des événements. Les résultats indiquent que toutes les mères (n=23, 100%) ont été confrontées au génocide, ont été pourchassées et ont pensé qu'elles allaient mourir. Plus particulièrement, 86% (n=20) ont été obligées de se cacher pour échapper aux tueurs, 69% (n=15) ont été attaquées avec une arme, 21% (n=5) ont été témoins de la mort de leurs parents ou de leurs frères/soeurs, 17% (n=4) ont reçu des blessures graves pendant le génocide. Le tableau ci-dessous reprend les événements traumatiques les plus importants auxquels les survivantes ont été confrontées ou dont elles ont été témoins.

Tableau 1

Exposition aux événements traumatiques des survivantes pendant le génocide

Événement traumatique relatif au génocide	Nombre de survivantes
Etre confrontée au génocide	23
Etre pourchassée pendant le génocide	23
Avoir pensé qu'on allait mourir pendant le génocide	23
Devoir se cacher pour se protéger	20
Etre attaquée avec une arme	15
Etre agressée physiquement	4
Etre témoin de la mort de son père ou sa mère	3
Etre témoin de la mort de son frère ou sa sœur	2
Viol	1
Se cacher sous les cadavres	1

L'exposition aux événements traumatiques étant vérifiée, nous avons aussi évalué les symptômes du traumatisme psychologique chez les mères en utilisant la PCL-S. Le score total des items qui va de 17 à 85 a été utilisé pour diagnostiquer la présence de l'ESPT. Le score total de 44 est pris pour indice de présence de

traumatisme (*PCL Scoring*, 2015).

Les résultats à la PCL-S montrent que, du côté de l'école privée urbaine, aucune des mères (n=16) ne remplit les critères diagnostiques de l'Etat de Stress Post-Traumatique selon le DSM-IV. Toutes ont un score en dessous de 44 ce qui indique l'absence du traumatisme.

Tableau 2

Résultats au test PCL-S pour les mères dont les enfants étudient à l'école privée urbaine

Participant	Score Total	Niveau de trauma
1	17	Pas de trauma
2	26	Pas de trauma
3	42	Pas de trauma
4	41	Pas de trauma
5	30	Pas de trauma
6	30	Pas de trauma
7	33	Pas de trauma
8	37	Pas de trauma
9	34	Pas de trauma
10	36	Pas de trauma
11	23	Pas de trauma
12	24	Pas de trauma
13	36	Pas de trauma
14	25	Pas de trauma
15	20	Pas de trauma
16	22	Pas de trauma
Moyenne	27.75	
Ecart type	7.63	

Du côté de l'école rurale publique, aucune mère non plus (n=7) n'a développé de traumatisme psychologique puisque leurs scores sont inférieurs à 44.

Tableau 3

Résultats au test PCL-S pour les mères dont les enfants étudient à l'école publique rurale

Participant	Score Total	Niveau de trauma
1	18	Pas de trauma
2	34	Pas de trauma
3	37	Pas de trauma
4	37	Pas de trauma
5	16	Pas de trauma
6	16	Pas de trauma
7	21	Pas de trauma
Moyenne	25.57	
Ecart type	9.94	

Ainsi, toutes les mères survivantes (n=23, 100%) ne remplissent pas les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatiques. Le traumatisme chez les mères étant mesuré, il reste à vérifier les troubles psychologiques chez leurs enfants.

Troubles psychologiques chez les enfants

Pour vérifier la présence des troubles psychologiques chez les enfants, nous avons mesuré leur niveau d'anxiété et de dépression.

Anxiété chez les enfants

Etant donné que nous étions intéressés par l'anxiété globale des enfants, nous avons considéré le score total du test *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMA-S). En suivant les indications des auteurs de la RCMA-S, nous avons transformé les scores bruts d'anxiété « Total » en score t , avec une moyenne de 50 et un écart-type de 10 (Reynolds & Richmond, 1985). Le résultat à l'échelle « mensonge » n'est pas inclus dans le score global, ainsi l'individu peut obtenir une note entre 0 et 28. Plus le score est élevé, plus l'enfant manifeste un haut niveau d'anxiété. Pour l'interprétation des résultats, un score pondéré d'anxiété « Total » de 60 et plus indique un problème d'anxiété cliniquement important (Reynolds & Richmond, 1985). Dans le calcul de t , nous avons considéré les différences de sexe telles qu'indiquées dans les normes (Reynolds & Richmond, 1985).

Les résultats obtenus à l'Échelle d'Anxiété «Total» de la RCMA-S montrent que, dans l'ensemble, les enfants de l'école privée urbaine ne présentent pas d'anxiété pathologique puisque leurs scores se situent en dessous de la moyenne de la population normale. Si nous prenons les enfants individuellement, nous remarquons que deux d'entre eux (8%) témoignent d'une anxiété très élevée comparativement à la moyenne de la population, c'est-à-dire le participant 2 ($T = 67$), qui se situe à 2.5 écart-type au-dessus de la moyenne de la population normale et le participant 10 ($T=65$), qui se situe à 2.3 écart-type au-dessus de la moyenne de la population normale.

Tableau 4

Résultats obtenus à l'échelle « Total » de la RCMAS pour les enfants de l'école privée urbaine (n=16)

Participants	Sexe	Résultats Bruts	Score <i>t</i>	Nombre de l'écart-type de la moyenne
1	F	13	45	3
2	M	19	67	2.5
3	F	12	42	.03
4	M	8	37	-.5
5	F	10	36	-.6
6	F	11	38	-.4
7	F	12	42	.03
8	M	12	44	.2
9	F	5	22	-1.9
10	M	18	65	2.3
11	F	13	45	.3
12	M	7	35	-.7
13	M	9	40	-.2
14	F	11	39	-.3
15	F	9	33	-.9
16	F	10	36	-.6
Moyenne			41.62	-.8
Ecart-type			11.04	1.1

Quant à l'école publique rurale, dans l'ensemble, pour l'Echelle d'Anxiété « Total », les enfants ne manifestent pas d'anxiété pathologique puisqu'ils ont des résultats en dessous de la moyenne. Pris individuellement, deux d'entre eux (8%) présentent une anxiété très élevée, à savoir le participant 2 (T=67) qui se situe à 1.7 écart-type au-dessus de la moyenne de la population normale et le participant 6 (T=62) qui se situe à 1.2 écart-type au-dessus de la moyenne de la population normale.

Tableau 5 : Résultats obtenus à l'échelle « Total » de la RCMA-S pour les enfants de l'école publique rurale (n=7)

Participants	Sexe	Résultats Bruts	Score <i>t</i>	Nombre de l'écart-type de la moyenne
1	F	8	33	-1.6
2	M	20	67	1.7
3	F	13	45	-.4
4	M	13	51	1
5	M	10	44	-.5
6	M	18	62	1.2
7	M	11	46	-.3
Moyenne			49.71	-.29
Ecart-type			11.54	1.15

Si nous considérons l'ensemble des enfants de deux écoles, nous remarquons qu'à l'Echelle de l'Anxiété « Total », 19 enfants sur 23 (82%) ne présentent pas d'anxiété pathologique.

La dépression chez les enfants

Le score va de 0 à 54. Le score élevé signifie un niveau élevé de dépression. Celui qui atteint le score de 20 est considéré comme ayant une dépression d'intensité modérée tandis que le score de 25 et plus est considéré avoir une dépression d'intensité sévère (Bang et al., 2015).

Les résultats des enfants de l'école privée urbaine au test de *Children Depression Inventory* (CDI) montrent qu'un seul enfant (participant 2) qui se situe au-dessus du score de 25 (score maximum = 32) présente une dépression d'intensité sévère. 15 enfants sur 16 (94%) ne souffrent pas de dépression puisqu'ils se situent en dessous du score de 20.

Tableau 6

Résultats au test de CDI pour les enfants de l'école privée urbaine

Participants	Sexe	Score total	Résultats
1	F	17	Pas de dépression
2	M	32	Dépression sévère
3	F	15	Pas de dépression
4	M	14	Pas de dépression
5	F	7	Pas de dépression
6	F	11	Pas de dépression
7	F	13	Pas de dépression
8	M	13	Pas de dépression
9	F	2	Pas de dépression
10	M	16	Pas de dépression
11	F	13	Pas de dépression
12	M	18	Pas de dépression
13	M	16	Pas de dépression
14	F	18	Pas de dépression
15	F	12	Pas de dépression
16	F	12	Pas de dépression
Moyenne		14.31	
Ecart-type		6.24	

Pour le cas de l'école rurale publique, les résultats au CDI montrent un seul enfant se situant au-dessus du score de 20 et donc présentant une dépression modérée. Les 6 autres ne présentent pas de symptômes de dépression.

Tableau 7

Résultats au test de CDI pour les enfants de l'école rurale publique			
Participants	Sexe	Score total	Résultats
1	F	2	Pas de dépression
2	M	13	Pas de dépression
3	F	15	Pas de dépression
4	M	8	Pas de dépression
5	M	18	Pas de dépression
6	M	23	Dépression modérée
7	M	16	Pas de dépression
Moyenne		13.57	
Ecart type		6.85	

Si nous considérons les résultats des enfants des deux écoles au test de CDI, nous remarquons que 21 enfants sur 23 (91%) soumis au test de CDI ne présentent pas de signes de dépression. Rappelons aussi que 19 enfants sur 23 ne présentent pas d'anxiété pathologique.

La deuxième hypothèse était formulée de la manière suivante : Si les mères survivantes du génocide ont développé de la résilience, alors leurs enfants ont aussi développé de la résilience. Pour tester cette hypothèse, nous devons vérifier la résilience chez les mères et la résilience chez les enfants.

Evaluation de la résilience chez les mères

La résilience chez les mères a été mesurée par la WCC. Le score total se calcule par ses sous-échelles: coping centré sur le problème, coping centré sur les émotions et recherche de soutien social. Nous avons, en outre, comparé la moyenne des mères dans chaque sous-échelle à la moyenne de base.

Pour l'échantillon de l'école urbaine privée, les résultats à la WCC montrent que dans toutes les sous-échelles, la moyenne de toutes les mères est supérieure à la moyenne de la population normale. Dans le coping centré sur le problème, la moyenne des mères (30.12) est supérieure à celle de la population normale (27.79). Dans le coping centré sur les émotions, la moyenne de mères (22.12) se situe légèrement au-dessus de la moyenne de la population normale (21.70). Tandis que dans la recherche de soutien social, la moyenne des mères (24.68) est nettement supérieure à celle de la population normale (20.2).

Si l'on considère les mères individuellement, on remarque que dans le coping centré sur le problème, 12 mères sur 16 (75%) se placent au-dessus de la moyenne. Dans le coping centré sur les émotions, 11 sur 16 (68%) sont autour de la moyenne alors que 12 sur 16 (75%) sont au-dessus de la moyenne dans le coping centré sur la recherche du soutien social. On constate aussi que deux mères (12%) à savoir les participantes 4 et 11 sont en dessous de la moyenne de la population normale dans toutes les stratégies de coping.

Tableau 8

Résultats à la WCC pour les mères des enfants de l'école urbaine privée

Participant	Coping centré sur le problème	Coping centré sur les émotions	Recherche de soutien social
1	40	27	32
2	31	18	29
3	38	30	29
4	14	21	14
5	21	13	26
6	30	24	22
7	31	26	19
8	28	30	29
9	34	24	25
10	22	17	26
11	17	21	18
12	34	14	18
13	36	21	24
14	37	30	30
15	31	14	25
16	38	24	29
Moyenne des participantes	30.12	22.12	24.68
Moyenne de base	27.79	21.70	20.2

Pour le cas de l'école rurale publique, si nous considérons la moyenne de toutes les sous-échelles, nous remarquons que la moyenne des mères est légèrement en dessous de la moyenne de la population normale dans deux catégories de coping : le *coping* centré sur le problème et le *coping* centré sur les émotions. La moyenne de la recherche du soutien social, quant à elle est supérieure à celle de la population normale.

Considérant les mères individuellement, nous constatons que dans le coping centré sur le problème 2 sur 7 se placent au-dessus de la moyenne de la population normale tandis que 5 sont en dessous de la moyenne; dans le coping centré sur les émotions, 4 sur 7 ont un score au-dessus de la moyenne de la population ; tandis que dans la recherche de soutien social, 5 sur 7 sont au-dessus de la moyenne de la population normale. On remarque aussi que deux mères (participantes 5 et 6) se placent en dessous de la moyenne de la population normale dans toutes les stratégies de coping.

Tableau 9

Résultats à la WCC pour les mères des enfants de l'école rurale publique

Participant	Coping centré sur le problème	Coping centré sur les émotions	Recherche de soutien social
1	38	27	32
2	23	29	27
3	21	17	26
4	25	22	26
5	20	14	13
6	20	14	13
7	35	22	23
Moyenne des participants	26	20.7	22.85
Moyennes de base	27.79	21.70	20.2

Dans l'ensemble, la comparaison des moyennes des mères provenant de l'échantillon urbain avec celles de l'échantillon rural par rapport à la moyenne de la population normale, indique que les premières montrent une résilience supérieure à celle des deuxièmes et particulièrement dans le coping centré sur le problème et celui centré sur les émotions

La résilience chez les enfants

Nous avons mesuré la résilience des enfants en utilisant le test de CYRM-28. Ce test mesure les trois dimensions de la résilience chez les enfants: la dimension individuelle qui comprend les sous-dimensions de compétences personnelles, soutien de pairs et compétences sociales ; la dimension familiale qui comprend le soutien physiologique et psychologique des parents ou tuteurs et la dimension contextuelle qui est composée de spiritualité, éducation et culture. Nous avons considéré les scores de ces différentes dimensions qui totalisent les scores obtenus dans les sous-dimensions citées ci-dessus et nous les avons interprétées selon le manuel d'usage de cet instrument (Ungar & Lienberg, 2011) qui donne les références d'une population normale. Les résultats de participants de l'école privée urbaine au test de CYRM-28 montrent que, dans l'ensemble, la moyenne des enfants se situe au-dessus de la moyenne de la population normale dans toutes les dimensions : soit 38.75 dans la dimension individuelle contre 35 de la population normale ; 27.31 dans la dimension familiale contre 24.01 de la population normale ; et une moyenne nettement supérieure dans la dimension contextuelle de 40.62 contre 30.36 de la population normale. En considérant ces enfants individuellement, on remarque que 14 enfants sur 16 (88%) sont soit autour de la moyenne soit au-dessus de la moyenne de la population normale dans la dimension individuelle de la résilience ; 13 sur 16 (81%) se placent autour de la moyenne dans la dimension familiale de résilience et 15 sur 16 (94%) ont une moyenne supérieure à celle de la population normale dans la dimension contextuelle. On trouve, toutefois, un enfant (0.6%) à savoir le participant 2 dont le score est inférieur à la moyenne de la population normale dans toutes les dimensions de la résilience.

Tableau 10

Résultats au test de CYRM-28 pour les enfants de l'école privée urbaine

Participants	Sexe	Dimension Individuelle				Dimension Familiale			Dimension Contextuelle			
		CP	SP	CS	TOT.	SPH	SPS	TOT.	SPI	ED	CU	TOT.
1	F	20	9	16	45	9	22	31	14	7	18	39
2	M	15	2	14	31	2	9	11	13	6	5	24
3	F	20	9	19	48	10	18	28	13	10	22	45
4	M	15	4	17	36	8	20	28	14	10	20	44
5	F	19	8	19	46	10	21	31	13	10	23	46
6	F	17	8	17	42	10	20	30	14	9	20	43
7	M	15	6	13	34	8	18	26	12	6	20	38
8	F	19	4	14	37	8	20	28	10	10	13	33
9	F	22	9	15	46	10	21	31	14	8	23	45
10	M	15	8	16	39	10	19	29	11	10	22	43
11	F	17	5	16	38	9	20	29	15	9	24	48
12	M	16	2	19	37	10	13	23	13	10	22	45
13	M	15	5	16	36	10	13	23	13	8	19	40
14	F	17	7	16	40	8	21	29	14	9	21	44
15	F	20	4	11	35	10	15	25	12	9	18	39
16	F	13	7	15	35	7	18	25	11	8	21	40
Moyenne des enfants				38.75		27.31		40.62				
Ecart-type des enfants				4.58		5.33		5.88				
Moyenne de base				35.95		24.01		30.36				
Ecart-type de base				5.93		5.57		6.01				

Note. CP : Compétences Personnelles ; SP : Soutien des Pairs ; CS : Compétences Sociales ; SPH : Soutien Physiologique ; SPS : Soutien Psychologique ; SPI : Spiritualité ; ED : Education ; CU : Culture

Pour ce qui est de l'école rurale publique, la moyenne des enfants (36) est légèrement supérieure à la moyenne de la population normale dans la dimension individuelle (35.95) et nettement supérieure dans la dimension contextuelle (36.42 contre 30.36). Tandis que dans la dimension familiale, la moyenne des enfants (23.42) est légèrement inférieure à la moyenne de la population normale (24.01). Pris individuellement, 5 enfants sur 7 ont une moyenne supérieure à la moyenne de la population normale dans la dimension individuelle de la résilience (Tableau 11) ; 5 sur 7 ont une moyenne inférieure à la population dans la dimension familiale et 5 sur 7 ont une moyenne supérieure à celle de la population normale dans la dimension contextuelle.

Tableau 11
Résultats au test de CYRM-28 pour les enfants de l'école rurale publique

Participants	Sexe	Dimension Individuelle				Dimension Familiale				Dimension Contextuelle		
		CP	SP	CS	TOT.	SPH	SPS	TOT.	SPI	ED	CU	TOT.
1	F	18	7	13	38	3	25	28	11	10	19	40
2	M	16	5	14	35	5	16	21	9	6	19	34
3	F	17	6	14	37	6	17	23	11	6	9	26
4	M	16	7	16	39	10	24	34	15	10	25	50
5	M	19	5	17	41	7	13	20	10	7	22	39
6	M	11	7	12	30	6	15	21	10	8	18	36
7	M	17	3	14	34	4	13	17	14	9	17	40
Moyenne des enfants					36			23.42				36.42
Ecart-type des enfants					6.97			5.74				8.94
Moyenne de base					35.97			24.01				30.36
Ecart-type de base					5.93			5.57				6.01

Note. CP : Compétences Personnelles ; SP : Soutien des pairs ; CS : Compétences Sociales; SPH : Soutien Physiologique ; SPS : Soutien Psychologique ; SPI : Spiritualité ; ED : Education ; CU : Culture

Les résultats des deux écoles au test de CYRM-28, indiquent qu'en général les enfants ont un niveau élevé de résilience. Cependant, l'analyse détaillée donne d'autres informations importantes. Les enfants provenant des familles dont le niveau socio-économique est élevé ont des scores supérieurs à ceux des enfants de famille de niveau socio-économique bas dans toutes les dimensions de résilience. Plus particulièrement, la dimension familiale comme source de résilience, les résultats montrent que les enfants provenant de niveau socio-économique bas ont des scores en dessous de la moyenne normale. Et les détails montrent que ces familles ne satisfont pas suffisamment les besoins physiologiques et psychologiques de leurs enfants.

On note aussi que dans la dimension contextuelle de résilience, les scores des enfants des deux écoles sont les plus élevés par rapport aux autres dimensions. Les facteurs qui composent cette dimension sont la spiritualité (ou croyances religieuses), l'éducation et la culture. Les réponses des enfants aux questions du test de résilience relatives à la spiritualité montrent que les croyances religieuses des enfants, leur participation aux activités religieuses, et le sens de solidarité véhiculé par la religion constituent une source importante de leur résilience. Concernant l'éducation, les réponses des enfants indiquent que l'éducation reçue dans leur milieu scolaire et le climat scolaire leur procure un sentiment de sécurité. Quant à la culture, les résultats révèlent que le sens d'appartenance à la communauté et aux traditions du pays est aussi une source importante de la résilience des enfants. Par exemple, à l'affirmation du test de résilience *je suis fier d'être rwandais*, presque tous les enfants ont choisi comme réponse : *tout le temps*.

Discussion

Notre étude avait pour but d'évaluer l'impact transgénérationnel du génocide perpétré contre les Tutsi sur les enfants des survivants appartenant à la deuxième génération. Avec notre première hypothèse, nous voulions vérifier si les mères survivantes du génocide ayant participé à la recherche ont développé l'état de stress-

posttraumatique et que, par conséquent, leurs enfants présentent des troubles psychologiques. Les résultats de cette étude montrent que les mères survivantes ne présentent pas de symptômes de traumatisme. Du côté des enfants, l'étude montre que la majorité des enfants ne présente pas de troubles psychologiques. Deux enfants seulement présentent aussi bien une anxiété très élevée qu'une dépression. Deux autres présentent seulement une anxiété élevée mais pas de dépression (voir Tableaux 4, 5, 6 et 7).

Puisque les mères ne présentent pas de traumatisme et que la majorité des enfants ne présentent pas de troubles psychologiques, notre hypothèse se trouve infirmée : Il n'y a pas de transmission des troubles psychologiques des mères survivantes de notre étude à leurs enfants de la deuxième génération. Les troubles psychologiques que présentent quelques enfants seraient à attribuer à d'autres facteurs qu'il faudrait éclaircir dans le cadre d'une étude ultérieure.

Les résultats de cette étude sont en contradiction avec l'assertion des tenants de la thèse de la transmission transgénérationnelle du traumatisme qui voudraient que les parents qui ont vécu les événements traumatisants transmettent à leur descendance des troubles psychologiques. Ils se situent, par contre, dans la même ligne que certaines recherches et études méta-analytiques effectuées sur les enfants des survivants de l'Holocauste qui montrent que l'influence des expériences traumatiques des parents survivants sur leurs enfants n'est pas à considérer comme un phénomène commun et universel (Van Ijzendoorn et al., 2003).

La deuxième hypothèse était en rapport avec l'association entre la résilience des mères et celle de leurs enfants. Les résultats montrent qu'en général, le niveau de résilience chez les mères des deux écoles est assez élevé dans toutes les stratégies de *coping*, à savoir le *coping* centré sur le problème, le *coping* centré sur les émotions et le *coping* centré sur le soutien social. L'analyse détaillée des données montre, cependant, quelques différences : les mères du milieu urbain ont un niveau de résilience supérieur à celui de la population normale dans toutes les stratégies ci-haut citées (voir tableau 8), tandis que les mères du milieu rural ont un niveau inférieur de résilience dans deux catégories de coping : coping centré sur le problème et celui centré sur les émotions (voir tableau 9). Cela pourrait être un indice que les mères du milieu urbain sont plus résilientes que celles dont les enfants fréquentent l'école publique rurale.

Du côté des enfants, les résultats montrent que les enfants des deux écoles pris ensemble ont un niveau élevé de résilience. L'analyse détaillée montre, cependant, quelques différences entre les enfants de l'école urbaine privée et ceux de l'école rurale publique. En matière de résilience, les premiers utilisent les ressources individuelles, familiales et environnementales (contextuelles) d'une façon équilibrée. Tandis que chez les seconds, les ressources individuelles et environnementales (contextuelles) sont prédominantes. La dimension familiale ayant chez eux un niveau inférieur par rapport à la population normale. Ces données pourraient signifier que les enfants de l'école urbaine privée ont un niveau de résilience supérieur à celui des enfants de l'école rurale publique.

Il ressort de ces données que les mères du milieu urbain sont plus résilientes que les mères du milieu rural et les enfants des premières plus résilients que ceux des secondes. Considérant que les participants à la recherche de l'école privée urbaine ont un statut socio-économique plus élevé que celui de ceux qui proviennent de l'école publique rurale, cette différence de niveau de résilience pourrait être attribuée au niveau de statut socio-économique de ces familles plutôt qu'au phénomène de transmission transgénérationnelle de résilience. De fait, d'autres études ont trouvé une association entre le niveau de statut socio-économique et

le niveau résilience (Bosma, van de Mheen, & Mackenbach, 1999 ; Stepleman, Wright, & Bottonari, 2009).

Un autre aspect à relever est que la famille semble exercer peu d'influence sur la résilience des enfants de l'école rurale publique. En effet, les caractéristiques familiales qui influencent la résilience des enfants sont la satisfaction des besoins physiologiques (comme la nourriture) et des besoins psychologiques (comme l'affection). Comme on peut le voir au tableau 11, les enfants de l'école rurale publique ont des scores très bas dans la sous-dimension de soutien physiologique de la part de la famille. L'incapacité de satisfaire les besoins physiologiques d'une façon suffisante de la part des parents pourrait être un obstacle au développement de la résilience chez ces enfants. Cela rejoint l'explication proposée en haut à propos de la probable association entre le statut socio-économique et le niveau de résilience.

Un autre élément à souligner émanant de cette étude, est le score nettement supérieur des enfants des deux écoles dans la dimension contextuelle par rapport à la population normale. Cette dimension englobe les sous-dimensions de spiritualité, éducation et culture (voir tableaux 10 et 11). Ces résultats révèlent que les croyances religieuses des enfants, l'école et les valeurs transmises par la société rwandaise sont les facteurs qui ont le plus favorisé leur résilience. Cela rejoint ce qu'affirme Rousseau (2011) : que l'adhésion à une foi, les valeurs et le milieu scolaire sont des moyens de façonner la résilience.

Revenant à notre deuxième hypothèse, les données montrent que, de façon générale, le niveau de résilience des mères et celui de leurs enfants est élevé. Cependant, cela n'est pas suffisant pour nous permettre d'affirmer qu'il existe une association exclusive entre la résilience des mères et celle de leurs enfants. En effet, les différences de niveau de résilience de nos enquêtés telles que présentées plus haut, le fait que certaines mères ont un niveau inférieur de résilience (participantes 4 et 11 de l'école privée urbaine et participantes 5 et 6 de l'école publique rurale) alors que leurs enfants montrent un niveau élevé de résilience (voir tableaux 8, 9, 10 et 11) et le cas d'un enfant (participant 2 de l'école privée urbaine) avec le niveau inférieur de la résilience alors que sa mère a un niveau élevé de résilience, nous poussent à dire que notre hypothèse est partiellement confirmée. Partiellement, en ce sens que, même si la plupart des mères ont un niveau élevé de résilience de même que leurs enfants, dans d'autres cas ce n'est pas pareil. En plus de cela, l'étude a démontré que d'autres variables comme le statut socio-économique et les facteurs environnementaux ont un impact considérable sur la résilience des enfants.

En conclusion, la découverte la plus importante de cette étude est d'avoir montré que, d'une part, il n'y a pas de transmission du traumatisme à la deuxième génération des enfants rwandais des survivants du génocide et d'autre part, que le niveau de résilience de cette génération est élevé et est plus lié au niveau du statut socio-économique de leurs familles et d'autres facteurs contextuels comme les croyances religieuses, l'éducation reçue à l'école et les valeurs de la culture rwandaise.

Ainsi, l'affirmation selon laquelle les enfants des survivants des atrocités comme le génocide manifestent plus de symptômes d'anxiété et de dépression ou d'autres troubles psychologiques n'ayant pas trouvé confirmation, ne peut pas être retenue comme universelle. Au contraire, la majorité des enfants des survivants de la deuxième génération de notre étude sont résilients et par là se montrent capables d'affronter les situations stressantes de la vie.

Conclusions

La question de l'impact transgénérationnel des génocides a fait l'objet de nombreuses études ces cinq dernières décennies et la plupart de ces recherches ont exploré la transmission du traumatisme des parents survivants à leur descendance. Aujourd'hui, une autre perspective est en train d'émerger au sein de la psychologie et de la psychopathologie sociale. Il s'agit de la transmission transgénérationnelle de la résilience. Celle-ci étant la capacité des personnes confrontées à des situations traumatiques à trouver en elles les ressources qui leur permettent de faire face à ses difficultés et s'en sortir.

Notre étude consistait à évaluer les répercussions du génocide perpétré contre les Tutsi au Rwanda sur les enfants qui constituent la deuxième génération. Il s'agissait de vérifier si ces enfants ont développé des troubles psychologiques ou bien de la résilience. Pour faire état de transmission transgénérationnelle de ces deux aspects, nous avons choisi comme participants à la recherche des mères survivantes du génocide ainsi que leurs enfants.

La présente recherche n'a pas trouvé de transmission transgénérationnelle des troubles psychologiques aux enfants appartenant à la deuxième génération de survivants du génocide. Ces résultats contredisent l'assertion des tenants de la thèse de transmission transgénérationnelle du traumatisme qui voudrait que les parents qui ont vécu les événements traumatisants transmettent à leur descendance des troubles psychologiques (Schwartz, Dohrenwend, & Levav, 1994 ; Kellerman, 2004).

Pour ce qui est de la résilience, notre recherche a trouvé un niveau général de résilience élevé aussi bien chez les mères que chez leurs enfants. Cependant, les résultats ne démontrent pas que la résilience des enfants soit associée exclusivement à celle de leurs mères puisque d'autres dimensions à savoir les compétences individuelles et les facteurs contextuels constituent d'importantes sources où les enfants puisent leur résilience.

Un autre aspect important de cette recherche est d'avoir décelé que les facteurs contextuels à savoir la spiritualité, l'éducation et la culture constituent une source prédominante de résilience chez les enfants. Ceci révèle que les croyances religieuses, le milieu scolaire et les valeurs sont les facteurs de protection qui favorisent le plus la résilience chez ces enfants.

De ce fait, le niveau de résilience des enfants des survivants semble d'avantage lié au statut socio-économique de leurs familles et aux facteurs contextuels qu'au phénomène de transmission transgénérationnelle.

Ces résultats s'inscrivent ainsi dans la ligne des recherches empiriques qui ont affirmé que les enfants des survivants ne diffèrent pas d'autres enfants venant des groupes contrôles dont les parents n'ont pas vécu les événements traumatiques, qu'ils jouissent d'une bonne santé mentale et sont résilients (Sigal & Weinfeld, 1989 ; Barel *et al.*, 2010).

Les recherches futures pourront tester les résultats de cette étude dans d'autres contextes. En ce sens, il serait souhaitable de mener des études quantitatives sur le même sujet en constituant des échantillons représentatifs pour permettre une validation rigoureuse et une généralisation sur toute la population étudiée.

Les recherches futures pourront aussi être effectuées sur des enfants provenant de la population de non survivants pour mieux saisir l'ensemble des conséquences liées au génocide sur tous les enfants.

Références

- Adelman, A. (2000). Mémoire traumatique et transmission intergénérationnelle des récits de l'Holocauste. *Revue française de psychanalyse*, 1, 221-225.
- Al-Turkait, F., & Ohaeri, J. (2008). Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf war. *Child and Adolescent Psychiatry of Mental Health*, 2 (1), 2-12.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.
- Arct-Ruhuka (2005). *Le traumatisme psychologique au Rwanda : Etat de la question onze ans après le génocide de 1994*. Kigali : UNR.
- Bang, Y.R., Park, J.H., & Kim, S.H. (2015). Cutt-off scores of Children's Depression Inventory for Screen and Rating Severity in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*, 12 (1), 23-28 [Online] doi: 10.40306/pi.2015.12.23
- Baranowsky, A.B., Young, M., Johnson-Douglas, S., Williams-Keeler, L., & McCarrey, M. (1998). PTSD Transmission: A review of secondary traumatization in Holocaust survivor families. *Canadian Psychology*, 39(4), 247-256.
- Barel, E., Sagi-Schwartz, A., Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2010). Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of genocide. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 677-698.
- Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., & Buckleym T.C. et al. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist. *Behavior Research and Therapy*, 34, 669- 673.
- Bosma, H., van de Mheen, H.D., & Mackenbach, J.P. (1999). Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 318, 18-22.
- Bruchon-Schweitzer, M., Cousson, F., Quintard ,B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). French adaptation of the Ways of Coping Checklist. *Perceptual and Motor Skills*, 83(1), 104-106.
- Caselli, L., & Motta, R. (1995). The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans' perceptions of child behavior and marital adjustment. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 4-12.
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la Ways of Coping Checklist. *Psychologie française*, 41(2), 155-164.
- Cummings, E.M, & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73–112. Retrieved October 23, 2015 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8163630>
- Danieli, Y. (2007). Assessing trauma across cultures from a multigenerational perspective. In J. P. Wilson & C. S. Tang (Eds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma & PTSD* (pp. 65-88). NY: Springer.

Daud, A., Skoglund, E., & Rydelius, P.A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare*, 2005, 14, 23-32.

Felsen, I. (1998). *Transgenerational transmission of effects of the Holocaust: The North American Research Perspective*. In Y. Danieli (Ed.). *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma* (pp.43-68). New York and London: Plenum Press.

Fernandez, L., Bonnet, A., Guinard, A., Pedinielli, J.L., & Préau, M. (2015, Juin 12). *Module VII. Outils de recueil d'informations sur les cofacteurs dans l'étude des effets psychosociaux des catastrophes*. Récupéré le 29 octobre 2015 de http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/module6.pdf

Gasibirege, S., & Babalola, S. (2001). *Perception à propos de la loi gacaca au Rwanda: résultats d'une étude multiméthode*. Publication spéciale no 19. Baltimore: Université de Johns Hopkins.

Gasibirege, S., & Misago, C. (2000). *Approche de la prévention en santé mentale*. In *Journées de réflexion sur la santé mentale*, Ministère de la santé – Médecins du Monde : Kigali (7-10 novembre).

Hagengimana, A., Hinton, D., Bird, B., Pollack, M., Pitman, R.K. (2003). Somatic panic-attack equivalents in a community sample of Rwandan widows who survived the 1994 genocide. *Psychiatry Research*, 117 (1), 1-9.

Hammen, C., Burge, D., & Adrian, C. (1991). Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 341-345. Récupéré le 23 octobre 2015 de <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.2.341>

Jennifer, L., Christelle, P., Sophie, B., Adeline, B. (2012). Transmission intergénérationnelle-Transmission transgénérationnelle. Récupéré le 28 novembre 2015 de <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article806>

Kellerman, P.F. (2008). Transmitted Holocaust trauma: Curse or legacy? The aggravating and mitigating factors of Holocaust transmission. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(4), 263-271.

Kestenberg, J. (1983). Psychoanalysis of children of survivors of the Holocaust : Case presentation and assessment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, 775-804.

Kovacs, M., Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach toward definition of childhood depression. In J.G. Schulterbrandt & A. Raskin, *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models* (pp.1-25). New York: Ed. Raven Press.

Lazarus, M., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Ed. Springer.

Liebenberg, L., Ungar, M., & Van de Vijver, F. (2012). Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28(CYRM-28) among Canadian youth. *Research of Social Work Practice*, 22 (2), 219-226.

Lowin, R.G. (1995). Cross-generational transmission of pathology in Jewish families of Holocaust survivors. California School of Professional Psychology, San Diego. *Dissertation Abstracts International*, 44, 3533.

Ndayambaje, J.D. (2001). *Le génocide au Rwanda. Une analyse psychologique*. Récupéré le 23 octobre 2015 du www.asf.be/AssisesRwanda2/fr/AnalysePsy

PCL Scoring. Récupéré le 28 octobre 2015 de http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL_Scoring_Information.pdf

Pham, P.N., Weinstein, H.M., & Longman, T. (2004). Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: Implications for attitudes toward justice and reconciliation. *The Journal of the American Medical Association*, 292(5), 602-612. Récupéré le 24 octobre 2015 de <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=199193>

Prager, E., & Solomon, Z. (1995). Perceptions of world benevolence, meaningfulness and self-worth among elderly Israeli Holocaust survivors and non-survivors. *Anxiety, Stress, and Coping*, 8, 265–277. doi: 10.1080/10615809508249378

Revised Children Manifest Anxiety. Récupéré le 22 octobre 2015 de http://drjenna.net/wp-content/uploads/2013/07/rcmas_scoring.pdf

Reynolds, C. R., & Richmond, B. (1985). *Revised children's manifest anxiety scale*. Los Angeles: Western Psychological services.

Reynolds, C.R., & Bradley, M. (1983). Emotional stability of intellectually superior children versus nongifted peers as estimated by chronic anxiety levels. *School Psychology Review*, 1(2), 90-194.

Roth, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2014). Transgenerational consequences of PTSD: risk factors for the mental health of children whose mothers have been exposed to the Rwandan genocide. *International Journal of Mental Health Systems*, 8-12 [online] doi:10.1186/1752-4458-8-12

Rousseau, S. (2011). *Les facteurs de protection individuels, familiaux et environnementaux qui favorisent la résilience*. Récupéré le 25 mai 2016 de <http://www.ripph.qc.ca/fr/revue/journal-19-01-2011-09>

Savard, N. (2010). *La théorie de l'attachement : Une approche conceptuelle pour la protection de l'enfance*. Récupéré le 29 juin 2015 de http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf

Schwartz, S., Dohrenwend, B.P., & Levav, I. (1994). *Nongenetic transmission of psychiatric disorders? Evidence of children of Holocaust survivors*, 35, 385-402. doi: 10.2307/2137216

Selvini, M. (1995). Troubles mentaux graves et méconnaissances de la réalité. *Thérapie familiale*, 16 (2), 131-144.

Sigal, J.J., & Weinfield, M. (1989). *Trauma and rebirth: Intergenerational effects of the Holocaust*. New-York, NY: Praeger.

Silvestro-Teissonnière, C. (2012). *Mémoire: la migration traumatique, une pathologie du lien: Souffrance psychique et souffrance corporelle chez les mineurs isolés étrangers*. Unpublished Master's dissertation, Université de Rouen.

Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the state Trait Anxiety Inventory for children (STAI- C)*. CA: Consulting psychologists Press.

Stempleman, L.M., Wright, D.E., & Bottonari, K.A. (2009). Socioeconomic Status: Risks and Resilience. In S. Loue & M. Sajatovic (Eds.), *Determinants of Minority Mental Health and Wellness* (pp. 273-302). Récupéré le 8 juin 2016 de https://www.researchgate.net/profile/Dustin_Wright/publication/226487001_Socioeconomic_Status_Risks_and_Resilience/links/02e7e5266bf0c10757000000.pdf/download?version=va

Tchilinguirian, C. (2011). *L'impact transgénérationnel du génocide chez les arméniens du Liban*. Unpublished doctoral dissertation, Université de Paris VIII. Récupéré le 22 juillet 2015 de http://1.static.e-corp.us.org/download/notice_file/2125907/TCHILINGUIRIAN.pdf

Tisseron, S. (2007). *La résilience*. Paris: PUF.

Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). *Resilience Research Centre (2009). The Child and Youth Resilience Measure-28: User Manual*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.

Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 459–469. doi:10.1023/A:102570642730

Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S. et al. (1993, October). *The PTSD Checklist: reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Writing a Hypothesis for your Science Fair Project. Récupéré le 21 novembre 2015 de http://www.sciencebuddies.org/science-fair-projects/project_hypothesis.shtml#keyinfo

Yehuda, R., Bierer, L.M., Schmeidler, J., Aferiat, D.H., Breslau, I., & Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry, 157*(8), 1252-1259.

Zalihin, A., Zalihin, D., & Pivic, G. (2008). Influence of posttraumatic stress disorder of the fathers on other family members. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences, 8*(1), 20-26.