Le traumatisme psychique vs la résilience chez l'enfant et l'adolescent

Benamsili Lamia

Université Abderrahmane Mira de Bejaia (Algérie)

Résumé :

Les réactions des enfants et des adolescents à un événement traumatique peuvent être très différentes. Si certains vont présenter des manifestations psychopathologiques variées, pouvant aller jusqu'à un traumatisme psychique. D'autres, vont continuer à se développer malgré l'adversité de la situation, s'inscrivant ainsi dans un processus de résilience.

Mots-clés : enfants ; adolescents ; événement traumatique, traumatisme psychique ; résilience.

Abstract :

Children's and adolescents' reaction to a traumatic event can be very different. If some will present various psychopathological manifestations, which may go as far as psychological trauma. Others will continue to develop despite the adversity of the situation, thus becoming part of a process of resilience.

Keywords : children; adolescents; traumatic event, psychological trauma; resilience.

Introduction

Le nom de « *traumatisme psychique* » renvoie donc à un phénomène de choc émotionnel grave qui se manifeste par une effraction subite des défenses du psychisme et détermine des perturbations profondes au sein de ce psychisme. Il s'agit d'états psychopathologiques organisés et durables apparus après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant, représentant une menace et suffisamment violent pour déborder les capacités de défense du sujet. Le traumatisme psychique désigne un type de dommage qui survient après un événement traumatisant. Le terme traumatisme est employé lorsque l'on cherche à désigner l'impact psychique d'un événement qui a douloureusement marqué l'existence d'une personne. Toutefois, une évolution favorable, parfois spectaculaire, des situations post-traumatiques est observée et rapportée à maintes reprises, cela est désigné sous le nom de « *résilience* ».

Aborder le traumatique avec un message d'espoir, voilà bien l'objectif de cet article.

Etant psychologue clinicienne praticienne, ce genre de thématique

1- Le traumatisme psychique chez l'enfant et l'adolescent
On commence ce point par des définitions du concept de traumatisme psychique. Après une définition étymologique et celle se référant à un dictionnaire de psychologie, on abordera ensuite, selon l'ordre chronologique, les définitions psychanalytique, athéorique et phénoménologique du trauma. Ensuite, on s'arrêtera à la fin sur une définition du traumatisme psychique propre au domaine infanto-juvénile.

1-1- Définitions du traumatisme psychique :

Le mot « traumatisme » apparu à la fin du XIX^e siècle vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant « action de blesser », et *trauma*, signifiant « blessure ». Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». Transposé à la psychopathologie, il devient *traumatisme psychologique* ou *trauma*. Au sens étymologique, un traumatisme est donc la trace, la conséquence immédiate et à distance d'un choc physique, isolé ou répété, volontaire ou non, touchant l'intégrité corporelle.

Sillamy dans le « dictionnaire de psychologie » (2003) définit le traumatisme comme suit « choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques » (Sillamy, 2003, p.272).

Freud définit le traumatisme psychique dans son livre « au-delà du principe de plaisir » (1920) comme suit : « nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart d'ordinaire efficace des excitations. Un événement comme le traumatisme extérieur provoquera à coup sûr une perturbation de grande envergure dans le fonctionnement énergétique de l'organisme » (Freud, 1920/2013, p.71). Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme psychique dans le « vocabulaire de la psychanalyse » (1967) comme suit « Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche & Pontalis, 1967/1994, p.499).

La CIM 10 (2012) définit l'état de stress post-traumatique comme suit « Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus » (CIM10, 2012, p.246). Quant à la CIM 11, on retrouve ceci « Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par tout ce qui suit : 1) revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques; 2) éviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles significatifs du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre » (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>). Pour le trouble de stress post-traumatique complexe, elle propose ceci « Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent d'événements prolongés ou répétitifs dont l'évasion est difficile ou impossible (par exemple, la torture), esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). Toutes les exigences de diagnostic pour le SSPT sont remplies. En outre, le SSPT complexe se caractérise par 1) des problèmes graves et persistants de régulation de l'affect ; 2) les croyances sur soi-même comme diminuées, vaincues ou sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ; et 3) difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une altération importante du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre » (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>).

La CIM-11 sera présentée à l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2019, pour adoption par les États-membres, et entrera en vigueur le 1er janvier 2022.

Le DSM 5 (2015) définit le trouble stress post-traumatique comme un trouble mental résultant de l'« exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes: 1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques. 2. En étant témoin direct d'un ou de

plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes. 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels. 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants) » (DSM5, 2015, p.350). Pour les enfants de six ans et moins, le DSM 5 (2015) note ceci « chez l'enfant de moins de 6 ans avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes : 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant ; NB être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images ; 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l'enfant » (DSM5, 2015, p.253).

Pour Barrois, dans son livre « les névroses traumatiques » (1998), le traumatisme est « un choc violent, inattendu, né d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ensuite, l'événement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente » (Barrois, 1998, p.7). Crocq définit le traumatisme psychique dans son livre « Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes » (2007) comme suit « un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007, p.7). Pour Lebigot dans son livre « le traumatisme psychique » (2011) ce trouble « résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. La victime sort de cette rencontre avec des éprouvés extrêmes qui feront le socle des symptômes de la névrose traumatique : cauchemars, angoisse de néantisation, dépression, troubles des conduites, maladies psychosomatiques. Le point central de ces éprouvés est un sentiment soudain, violent, durable, douloureux de déshumanisation » (Lebigot, 2011, p.5).

1-2- Chez le nourrisson et le bébé :

Les tableaux cliniques dans cette tranche d'âge sont peu connus car ils ont longtemps été banalisés. Toutefois, les symptômes observés se rapprochent plus de la clinique des carences affectives que de celle de l'état de stress posttraumatique. À cet âge, l'enfant n'est pas encore capable d'identifier et d'évaluer le danger. En revanche, il est sensible aux états affectifs et émotionnels de son entourage familial. La sémiologie est la plupart du temps manifeste avec tantôt une apathie et un retrait, tantôt une hyperexcitabilité avec pleurs et cris incessants. Les troubles du sommeil et de l'appétit ainsi que les manifestations psychosomatiques sont un mode privilégié d'expression de la souffrance chez le nourrisson (n'ayant pas accès à l'introspection ni à la verbalisation des émotions). Les retards du développement psychomoteur, les retards de croissance et, surtout, la régression des acquis sont très fréquents. Des comportements répétitifs reprenant certains aspects du traumatisme vécu ont été décrits sous le terme de « mémoire comportementale » ; comme si l'enfant gardait en mémoire la scène traumatique, qui viendrait s'imposer à lui par le biais de la remémoration sous une forme comportementale sans participation affective observable. Deux facteurs font de cet âge une période critique vis-à-vis des traumas : primo, la sémiologie passe souvent inaperçue, elle est négligée ou banalisée par l'entourage familial ; secundo, le pronostic à long terme des traumatismes précoces est souvent réservé (Vilamot, 2014. pp.56-57).

1-3- Chez l'enfant :

La souffrance des enfants a été longtemps minimisée. Seules quelques psychanalystes de l'entre deux guerres se sont préoccupées des conséquences dramatiques des événements vécus par les enfants. Mais les descriptions du psychotrauma de l'enfant sont beaucoup plus récentes (Daligand, 2009, p.224).

Dès lors, l'enfant peut, comme l'adulte, développer une symptomatologie d'état de stress post-traumatique (Le Heuzey, 1999, p.537).

Il n'y a pas si longtemps encore, on n'imaginait pas qu'un enfant puisse être traumatisé psychiquement. Aujourd'hui, la place de l'enfant a changé et la violence à son encontre, qu'elle soit physique ou verbale, n'est plus acceptable (Belhassen, 2011). Tremblements de terre, incendies, guerres, attentats : les catastrophes naturelles, accidentelles ou créées intentionnellement par l'homme, n'épargnent pas les enfants. En passant en revue la littérature psychiatrique, on pourrait en douter. Très peu de choses ont été écrites sur la question. Récemment pourtant, le thème est devenu à la mode et on voit fleurir les publications, surtout anglo-saxonnes, s'intéressant au traumatisme. Faire le point clinique et thérapeutique sur les conséquences des traumatismes psychiques chez l'enfant et la manière de les soigner s'imposait donc (Bailly, 1996).

En effet, les enfants représentent des proies faciles pour toutes sortes d'agressions. Ils font parfois partie des nombreuses victimes de guerres et des crimes. Ils subissent les effets meurtriers des catastrophes naturelles. Tristement, ils sont également les cibles immédiates d'une violence spécifique à leur position de dépendance vis-à-vis des adultes, la maltraitance physique et sexuelle (Sadlier, 2001, p.3)

Ainsi, les enfants sont vulnérables au trauma au même titre que les adultes. On peut même dire que, dans bien des cas, l'enfant subit deux traumatismes : le sien propre, plus, en miroir, celui de ses parents dont il constate l'épouvante et l'impuissance, notamment l'impuissance à le protéger. En outre, contrairement aux idées reçues rassurantes sur la résilience de l'enfant, que son immaturité empêcherait de concevoir objectivement la mort, et que sa personnalité en devenir armerait de conduites adaptatives novatrices, on doit malheureusement objecter que l'imaginaire de la mort chez l'enfant est différent mais peut-être pire que l'imaginaire de la mort chez l'adulte, et que c'est justement parce que sa personnalité est en devenir qu'elle n'en est que plus fragile, vulnérable aux chocs émotionnels et facilement engagée dans des frayages de conduite morbides. Sur le plan clinique, on va retrouver chez l'enfant traumatisé le même « noyau sémiologique » que chez l'adulte (reviviscences, altération de la personnalité, symptômes non spécifiques), mais avec des différences et des variantes dans le tableau clinique (Vilamot, 2014, p.53).

Comme le souligne bon nombre d'auteurs, peu d'études ont été conduites sur l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'enfant, les études existantes portant surtout sur les victimes de violences physiques ou sexuelles. Le travail de Terr (1989) a largement contribué à la reconnaissance chez ces jeunes patients d'une souffrance psychologique spécifique survenant après l'exposition à des événements traumatiques (Zuber & Sadlier, 2013, p.46).

L'intérêt pour le bien-être psychologique de l'enfant est assez récent dans les cultures occidentales. Jusqu'au début du XVII^e siècle, les enfants étaient considérés comme des adultes de taille miniature à partir du moment où ils étaient sevrés. Néanmoins, vers la fin du XVI^e siècle, on commence à considérer les besoins développementaux et les centres d'intérêt spécifiques aux enfants. Cependant, il faut attendre le XVIII^e siècle pour que ces graines prennent racine. L'enfant, déjà perçu comme différent de l'adulte, est désormais appréhendé comme un être vulnérable du point de vue cognitif et émotionnel (Sadlier, 2001, pp.4-5)

Dès lors, la recherche sur les effets des événements traumatiques réels chez l'enfant est assez récente. Toutefois le lien entre l'exposition à des événements violents durant l'enfance et la psychopathologie de la vie adulte fut mis en avant par Sigmund Freud au début du siècle. Fortement influencé par ses prédécesseurs français, Janet (1889) et Charcot (1887), Freud interprétait initialement les symptômes de l'hystérie chez le patient adulte comme des répétitions symboliques d'événements réels impliquant au préalable un choc brutal et une

menace de l'intégrité personnelle. Mais, quelques années plus tard, après avoir suivi plusieurs patientes qui lui décrivaient des incestes subis dans l'enfance, Freud modifia sa position sur l'effectivité des violences comme déclencheur de la souffrance psychique. Par la suite, Freud proposa l'idée que les symptômes hystériques n'étaient pas des répétitions symboliques d'un événement réel, mais l'expression de pulsions agressives et sexuelles refoulées, enracinées dans la crise œdipienne (Sadlier, 2001, p.12)

Dans le cas des enfants, la perte était double : tout d'abord, le désaveu de la théorie de la séduction renforçait de déni psychiatrique concernant la maltraitance sexuelle et physique. D'autre part, la détection des mauvais traitements chez l'enfant et, de ce fait, l'étude des conséquences psychiques infantiles se trouvèrent entravées pour plusieurs décennies. Bien que pour la psychanalyse, les vécus infantiles soient déterminants, les premiers psychanalystes ne traitent et n'étudiaient pratiquement que des adultes. Il fallut donc le milieu du XX^e siècle, et plus précisément la Seconde Guerre mondiale, pour voir les psychanalystes s'intéresser à l'étude des réponses infantiles aux événements perçus comme traumatisants. Une génération de femmes ouvrit ce vaste champ de traitement et de recherche. Traitement de façon indépendante, et en dépit de désaccords théoriques, Anna Freud (1928), Mélanie Klein (1932) et Margaret Lowenfield (1935) réussirent à affiner un concept qui marqua un tournant essentiel : d'après elles, l'observation d'un enfant en train de jouer permettait d'éclairer sa dynamique psychique (Sadlier, 2001, p.13)

La Seconde Guerre mondiale vit déferler une nouvelle donne quant aux répercussions des événements traumatisants sur les enfants. Lors des années 1930-1940, les progrès de la technologie aéronautique militaire permirent d'attaquer d'importantes zones civiles, exposant ainsi un grand nombre d'enfants aux bombardements aériens, à des migrations forcées, et à la confrontation directe avec la mort ou la mutilation d'autrui. Dans plusieurs pays européens, des enfants furent séparés de leurs parents et placés dans des institutions à la campagne pour assurer leur sécurité. La présence de pédopsychiatres dans ces institutions créa alors un laboratoire presque naturel pour l'étude du vécu infantile d'une réalité meurtrière et traumatisante (Sadlier, 2001, p.16).

Quand un événement potentiellement traumatogène fait irruption dans l'existence d'un enfant, celui-ci vit cet événement en fonction de la structuration de sa personnalité et de son niveau d'organisation de pensée, qui sont chacun en devenir. Certains enfants vont trouver dans leur propre monde interne, ainsi que dans leur entourage, des ressources et un étayage qui vont leur permettre de construire des voies de dégagement face au trauma. Au contraire, d'autres enfants sont aux prises avec les symptômes psychotraumatiques, sans un soutien suffisant de leur famille, parfois elle-même touchée par l'événement. Ces enfants risquent alors de s'installer dans un syndrome psychotraumatique qui peut infléchir leur développement et leur épanouissement de manière péjorative (Coq, 2012, p.137).

Les syndromes psychotraumatiques se manifestent chez l'enfant avec le même caractère de gravité que chez l'adulte. L'enfant brutalement confronté à un événement violent peut réagir par la peur, la frayeur, il peut être traversé par l'horreur d'une blessure qui le touche lui ou son proche. Il peut être envahi par un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et d'abandon, particulièrement intense lorsque ses parents sont absents ou n'arrivent pas à le rassurer. L'enfant peut s'installer dans un état de prostration ou à l'inverse d'instabilité psychomotrice majeure. L'enfant comme l'adulte peut utiliser le déni et le clivage afin d'échapper à une réalité insupportable pour lui (Coq, 2012, pp.138-139).

Les enfants d'âge préscolaire, de 3 à 6 ans, peuvent présenter des comportements et des dessins répétitifs, des conduites d'évitement, des comportements régressifs (énurésie et/ou encopresie secondaires), des troubles du sommeil (cauchemars, terreurs nocturnes), des phobies (peur d'aller seul aux toilettes), des réactions d'agrippement et une angoisse de séparation, une tristesse, des manifestations somatiques (douleurs abdominales, céphalées). Peuvent également être retrouvés des retards de développement (langage, psychomotricité). Chez les enfants en période de latence, des symptômes anxieux, dépressifs ou d'inhibition ainsi que l'expression

d'une culpabilité peuvent se rencontrer. Une hypervigilance, des modifications dans les jeux, la perte ou le changement dans les intérêts habituels, les difficultés de concentration sont plus nettes que chez le jeune enfant. Les difficultés scolaires et la baisse des performances peuvent être au premier plan (Taieb, 2003, p.3).

Maladies somatiques et perturbations psychiques sont toujours liées, tout particulièrement chez l'enfant où la survenue d'une atteinte somatique peut même prendre le caractère d'un événement dramatique pour peu qu'elle survienne dans un contexte de crise aiguë ou de gravité qui fait vivre à l'enfant, et à son environnement familial, douleur et souffrance psychique (Miedzyrzecki, 2004, p.414).

1-4- Chez l'adolescent :

Ce point propose une réflexion sur la question du traumatisme psychique, ses effets et ses causes à cette période réputée turbulente et douloureuse.

À cet âge, les parents ne filtrent plus guère les événements, mais les adolescents sont encore très sensibles à leurs réactions qui reflètent leur caractère : courage, lâcheté, dévouement, égoïsme... on retrouve comme symptômes : les remémorations, les cauchemars, les peurs, les troubles du caractère, du comportement alimentaire, les conduites suicidaires (Daligand, 2009, p.225)

Maidi (2008) fait du processus adolescent un état traumatique s'appuyant sur Winnicott « grandir est par nature un acte agressif ». Il élargit le traumatisme à la nature humaine et estime que l'adolescence est particulièrement favorable aux revitalisations des traumatismes anciens et infantiles originaires d'où l'importance fondamentale de la notion d'après-coup.

Le tableau clinique du trauma chez l'adolescent comporte, comme chez l'adulte, les manifestations de reviviscence, les évitements et l'irritabilité neurovégétative. Parmi les reviviscences, les phénomènes dissociatifs, tels que flash-back, hallucinations ou illusions, sont fréquemment décrits et peuvent être considérés comme symptômes spécifiques de cette tranche d'âge. Il en est de même pour la mise en acte, moyen de défense psychologique prévalent dans cette tranche d'âge. Elle peut s'exprimer sous forme de comportements auto-agressifs (automutilations) ou de conduites suicidaires s'inscrivant souvent dans un vécu de culpabilité (comportement autopunitif). Les comportements agressifs et prédélinquants peuvent également être observés ; ils ont une signification de perte des repères ou de perte de la confiance accordée aux adultes. La prise de toxiques et d'alcool peut s'offrir comme une alternative permettant à l'adolescent de fuir un vécu douloureux et insupportable. On observe parfois de somatisations douloureuses et des conversions hystériques (fausses anesthésies ou fausses paralysies, aphonies, etc.). On a signalé aussi des perturbations des fonctions instinctuelles, donnant lieu à des troubles du sommeil, des troubles des conduites alimentaires et des troubles du comportement sexuel (précocité des passages à l'acte, hypersexualisation, avec tendance à la prise de risque et à la multiplication des partenaires, particulièrement après les traumas par abus sexuel). Enfin, chez les adolescents les plus fragiles, le trauma, venant décompenser un équilibre précaire, peut provoquer des troubles de l'identité et de la personnalité, donnant lieu à la survenue d'états de dépersonnalisation (dits « dissociatifs ») éphémères, et aussi à l'éclosion brutale ou insidieuse d'une psychose. (Vilamot, 2014, p.58).

1-5- Les troubles associés au trauma chez l'enfant et l'adolescent :

Chez l'enfant, la comorbidité de l'ESPT avec un autre trouble est fréquente. 75% des jeunes présentant un ESPT auraient aussi un autre trouble comorbide ; les troubles les plus souvent notés sont également la dépression et le trouble anxieux (la phobie spécifique représentant un aspect de l'événement traumatique). Le trouble oppositionnel, les idées suicidaires et l'abus de substance, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et les difficultés d'apprentissage sont aussi associés et doivent être recherchés attentivement (Séguin-Sabouraud de Foucault, 2013, p.197). Bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation et de l'anxiété

de séparation. Enfin, il y a une comorbidité considérable entre TSPT et troubles neurocognitifs majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ces troubles (DSM 5, 2015, p.361)

2- La résilience chez l'enfant et l'adolescent

On commence ce point par des propositions de définitions relatives au concept de résilience. Toutes ces définitions prennent en compte le fait que malgré une fréquence élevée des événements traumatiques, toutes les personnes qui y sont exposées ne présentent pas de troubles psychotraumatiques par la suite, ou bien ne présentent que des symptômes transitoires ou sub-syndromique. Les événements traumatiques sont assez courants. Pourtant toutes les personnes exposées ne développent pas un trouble psychotraumatique (Sadlier, 2013, p.250).

2-1- Définitions du traumatisme psychique

D'après le Dictionnaire historique de la langue française, le terme *résilier* est étymologiquement constitué de *re* (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salire* (sauter, bondir). *Résilier* signifie donc *littéralement sauter en arrière, se rétracter* (Anaut, 2008, p.35). À l'origine, le terme résilience « *était utilisé en physique pour caractériser (en joule par cm²) la résistance au choc d'un métal. Il fut utilisé pour la première fois, par Francis Bacon (1626) pour désigner le son rebondissant contre un corps et provoquant l'écho. Cette acceptation renvoie donc à un phénomène physique mesurable* » (Vermeiren, 2012, p.16).

La résilience est un concept interdisciplinaire par excellence. De nombreuses disciplines, telles que la psychologie, la criminologie, le travail social et l'écologie, ont analysé, documenté, détaillé et expliqué la résilience au cours des dernières décennies (Bourbeau, 2016, p.285). Dans les sciences humaines est décrite « *la possibilité de reprendre un bon développement après une agonie psychique traumatique, grâce à ses capacités adaptatives. Il s'agit d'un processus qui permet de retrouver un bien-être à vivre après des chocs destructeurs ou malgré des circonstances adverses* » (Cyrulnik, 2016, p.300).

La résilience peut se définir comme « *un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité* » (Anaut, 2008, p.8). Ainsi, nous pouvons dire que la résilience « *fait référence aux ressources développées par une personne, un groupe ou une communauté, pour tolérer et dépasser les effets délétères ou pathogènes des traumatismes et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec le moins de dommage possible* » (Anaut, 2008, p.35).

Comprendre la résilience " naturelle " peut nous aider à assister ceux qui ont souffert : les enfants maltraités, les adolescents à la dérive et toutes les personnes touchées par des traumatismes ou des maladies graves. À l'aide d'un professeur, d'un parent éloigné ou même parfois d'un animal, on peut guérir les blessures. Pourquoi le lien, la loi et le sens sont les piliers de leur reconstruction (Lecomte, 2004).

2-2- La résilience chez l'enfant

Pour grandir sereinement, un enfant a besoin d'être respecté et aimé par ses parents, mais il a aussi fondamentalement besoin qu'ils le sécurisent. Ce besoin de sécurité est essentiel quand des événements douloureux surgissent, qu'il s'agisse de la brouille avec un petit camarade d'école ou de la disparition d'un proche, d'un déménagement difficile ou d'une agression brutale dans la rue (Romano, 2018).

Dès lors, il est possible que certains enfants soient protégés du développement des troubles par des facteurs associés à la « résilience ». Au cours des quinze dernières années, des chercheurs anglais et nord-américain ont utilisé le terme de résilience, emprunté au vocabulaire de la physique, pour caractériser les enfants qui présentent un bon fonctionnement psychologique en dépit des circonstances effrayantes auxquelles ils sont exposés (Sadlier, 2001, p.8).

L'école est une opportunité de « résilience ». On peut difficilement en douter devant la réussite scolaire de sujets soumis à une haute probabilité d'échec, cumulant des risques initiaux et des difficultés objectives qui devraient les condamner à l'insuccès ! Le terme de résilience, qui fait

partie aujourd'hui du vocabulaire collectif, nous a appris pourtant combien les effets pathogènes, systématiques, de certains traumatismes psychiques ne sont pas une fatalité, et nous invite à prendre en compte les forces et ressources d'une personne plutôt qu'à nous centrer sur ses troubles ou ses pathologies. L'adversité dans le cadre scolaire se rencontre dès le plus jeune âge, associée à des causes multiples : handicap physique ou intellectuel, maladie chronique, difficultés d'intégration d'origine affective, socio-économique ou culturelle, maltraitance, migration, illustrées ici par de nombreux exemples cliniques. Ils mettent en évidence le soutien particulier, souvent méconnu, apporté par ces « tuteurs de résilience » que l'élève peut rencontrer très tôt et qui marquent de leur empreinte bénéfique toutes ses études. Chacun de nous est concerné, ne serait-ce que par nos souvenirs d'une scolarité qui n'est jamais lisse de difficultés, voire d'humiliations. Face à la lutte actuelle contre les échecs de tous ordres, la notion de « résilience scolaire » apporte une contribution de poids à leur prévention. Elle est source d'espérance, tant au niveau des parents d'élèves que des enseignants, tuteurs de résilience et artisans d'une bientraitance scolaire (Bouteyre, 2014).

2-3- La résilience chez l'adolescent

La résilience peut être comprise comme un processus dans lequel un ensemble d'attributs personnels et environnementaux sont mis en jeu, qui permettent à des enfants et des adolescents durablement soumis à une situation potentiellement pathogène de mener une existence satisfaisante et productive. Les individus résilients bénéficient d'un tempérament associant notamment sens des responsabilités, flexibilité, humour, séduction et créativité. A ces qualités s'ajoutent des caractéristiques environnementales, surtout l'existence de liens forts et significatifs d'une certaine durée avec un adulte de référence, la qualité du réseau social et notamment aussi du climat scolaire (Michaud, 2004).

Il est intéressant de constater une relative uniformité des caractéristiques mises en évidence par des recherches et des interventions menées dans toutes sortes de contextes et de cultures différentes. On retrouve chez les jeunes résilients un certain nombre de qualités et de caractéristiques personnelles comme : une bonne image d'eux-mêmes, leur capacité à attirer l'attention d'autrui, à susciter la sympathie, leur sentiment d'avoir un contrôle sur leur vie et les événements qui s'y rapportent, la créativité, l'indépendance, l'humour, l'imagination, un certain sens « inné » de l'organisation et des responsabilités ou aussi une maturité sociale au-dessus de la moyenne qui se manifeste par la capacité à nouer des relations et l'esprit d'initiative. En fait, les enfants et adolescent résilients ne sont ni plus intelligents ni forcément plus heureux que les autres. Ils ne sont pas non plus invincibles ou invulnérables, comme on a voulu le croire il y a 10-20 ans ; ils présentent surtout des caractéristiques particulières de tempérament qui favorisent l'adaptation aux situations potentiellement pathogènes et incitent leur entourage à s'occuper d'eux et à les soutenir (Michaud, 2004).

3- Prise en charge des enfants et des adolescents traumatisés

Plutôt que de parler de traitement, il vaudrait sans doute mieux parler ; d'une assistance apportée à l'enfant quant à ses possibilités d'intégration du traumatisme. Autrement dit encore, il ne s'agit pas d'effacer ou d'annuler le traumatisme mais d'atténuer ses effets négatifs en lui permettant une inscription psychique qui n'entrave ni ne bloque le fonctionnement de sa psyché. La perspective psychothérapique est donc évidemment centrale et, d'inspiration psychanalytique, elle s'appuie sur le modèle freudien du développement psycho-affectif et sur le concept d'après-coup. La seule visée abréactive ne suffit pas, comme en témoigne l'inefficacité relative des rêves répétitifs de la névrose traumatique. C'est à une reconstruction signifiante du traumatisme, soit à sa mise en sens, qu'il faut s'atteler en redonnant toute leur vigueur aux capacités de liaison et au travail associatif, seuls à même de permettre à l'enfant de se dégager d'une position purement passive. (Bailly, Golse & Soulé, 2004, p.2804).

Pour les enfants, les entretiens psychothérapiques sont probablement une des méthodes les plus utilisées et les plus efficaces dans le traitement des séquelles de psychotraumatismes. L'instauration du cadre thérapeutique est déjà un grand soulagement pour l'enfant, qui a enfin quelqu'un qui consent à l'écouter. Le récit de son histoire s'accompagne parfois de phénomènes

cathartiques au cours desquels se déchargent les affects pathogènes. Mais cette abréaction est le plus souvent insuffisante, même si, pour certains auteurs, elle permet au sujet « d'objectiver et maîtriser un événement doté d'une puissance aliénante obscure, en le replaçant dans une situation interhumaine de dialogue ». C'est dans le transfert que l'enfant va pouvoir se dégager de la répétition incessante du souvenir traumatique et reprendre contact avec sa vie affective d'avant le trauma. « Pendant tout ce temps l'analysant sera plongé dans une névrose traumatique de transfert, c'est-à-dire dans Une répétition mortifère, avant d'accéder, grâce à la liaison avec Eros, à une répétition qui débouche sur la mémoire, l'élaboration et la reprise du processus de symbolisation (Bailly, Golse & Soulé, 2004, p.2804).

Face aux difficultés de la communication verbale avec les enfants dans la situation analytique, M. Klein (1929) eut recours au jeu, lieu d'expression naturel de leur vie imaginaire. À sa suite, d'autres théoriciens, comme D.W. Winnicott (1975), puis F. Dolto (1984), se sont intéressés à l'activité ludique des enfants, soulignant d'une part la place importante occupée par le jeu dès le plus jeune âge dans l'harmonie du développement de l'enfant, et d'autre part sa fonction thérapeutique au cours des évolutions pathologiques de la personnalité. Certes, tout adulte peut se sentir thérapeute, en jouant avec un enfant en difficulté. Mais comme tout outil de soin efficace, le jeu doit être utilisé avec prudence et maîtrise, après une analyse clinique rigoureuse, pour ne pas aggraver la souffrance psychique, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants victimes d'événements traumatiques. Le jeu pourra dans ces contextes retenir l'attention du clinicien, dans la mesure où ses perturbations – qualitatives et quantitatives – peuvent lui donner l'aspect très spécifique du jeu dit « traumatique » et constituer un indice diagnostique précieux. Sur le plan pratique, la conception et la réalisation d'une « mallette » de jeu, portable, pour intervenir auprès des enfants traumatisés sont une innovation qui commence à être très appréciée des psychiatres et psychologues intervenants, tant dans l'immédiat qu'en post-immédiat ou en différé, auprès des enfants rendus muets par le choc ou emprisonnés dans l'indicible du trauma (Gandelet, 2014b, p.231).

L'enfant traumatisé, encore envahi par les éprouvés sensoriels et sous le choc de son expérience du chaos, n'est souvent pas en état de penser ni de dire ce qu'il vient de vivre. Mais, précédant une future verbalisation, il dispose de son geste graphique, « préparole » au bout des doigts pour se dégager de l'indicible. Cette invitation à dessiner encourage l'enfant à s'exprimer et l'arrache à la perpétuation de l'instant figé du trauma. Le psychologue clinicien, ou le pédopsychiatre, devra se garder de faire dessiner d'emblée, crûment, le vécu du trauma, ce qui ne ferait que raviver la souffrance. Il procédera en trois temps successifs, lors d'une seule séance, faisant d'abord dessiner « comment c'était avant », référence à un passé heureux, puis « comment c'était pendant », occasion de libération parfois cathartique des émotions et de mise en ordre signifiante, et enfin « comment tu souhaites pour plus tard », esquisse d'une reconstruction du monde et de soi-même, à partir des réminiscences de l'avant et détourné du chaos du « pendant ». C'est la technique des trois dessins, qui est de plus en plus utilisée comme invitation à l'expression pour l'enfant traumatisé (Hariki, 2014, p.241).

La résilience peut s'opérer grâce aux vertus de la parole et de la narration et, à cet effet, démontre comment utiliser des outils permettant d'organiser cette mise en mots de la souffrance : récit de vie, génogramme, échelle de mesure permettant d'évaluer le processus que le jeune met en œuvre pour aller de l'avant après un traumatisme. La dimension narrative, ici développée, est une piste d'accompagnement psychothérapeutique. Dans ce nouveau paradigme, il s'agit pour l'adolescent, non pas de s'enfermer dans un diagnostic ou son histoire de vie traumatique, mais au contraire de trouver et mobiliser ses ressources pour créer une nouvelle perspective de vie (Sajus & Tisseron, 2018).

En effet, chez l'adolescent, Les soins peuvent utilement s'inspirer de ce concept : le travail sur les ressources de l'adolescent et de son environnement est particulièrement fécond à une période de la vie marquée par les processus d'autonomisation. Dans une large mesure, les approches de prévention et de promotion de la santé s'inspirent de la même philosophie (Michaud, 2004).

Conclusion

Le psycho-trauma chez l'enfant et l'adolescent doit plus que jamais s'inscrire dans une véritable préoccupation de santé publique. Un traitement judiciaire doit s'articuler au traitement médico-psychosocial. Ainsi, le psychologue clinicien se doit de porter un regard accueillant, sensible, humain, mais aussi rigoureux et objectif sur la parole de l'enfant, pour, au-delà d'échanges parfois passionnels, réunir une dynamique pluridisciplinaire autour de la reconnaissance de l'enfant et de l'adolescent comme sujet en devenir. En tant que praticiens, nous avons plus que jamais besoin d'avoir un savoir intégré, et non fragmenté.

Liste des références

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5)*. Paris : Masson.
- Anaut, M. (2008). *La résilience. Surmonter les traumatismes* (2^e éd). Paris : Armand Colin.
- Bailly, L. (1996). *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*. ESF.
- Bailly, L., Golse, B., & Soulé, M. (2004). Conséquences pour les enfants des crises familiales graves et des événements traumatiques. In S. Lebovici (Dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp.2793-2806). Paris : PUF.
- Barrois C (1998). *Les névroses traumatiques* (2^e éd). Paris : Dunod.
- Belhassen, M. (2011). *Les traumatismes de l'enfance*. Le pommier.
- Bourbeau, ph. (2016). La résilience en relations internationales : le côté clair et le côté obscur. In S. Ionescu (Dir), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (pp.283-297). Paris : Odile Jacob.
- Bouteyre, E. (2014). *La résilience scolaire. De la maternelle à l'université*. Paris : Editions Belin.
- Coq, J-M. (2012). L'enfant dans l'accident : traumatisme et résilience. In R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (137-145). Paris : Dunod
- Crocq, L. (2007). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Masson.
- Cyrułnik, B. (2016). Postface. In S. Ionescu (Dir), *Résilience. Ressemblances dans la diversité* (pp.299-305). Paris : Odile Jacob.
- Daligand, L. (2009). Le psychotrauma de l'enfant. *Stress et trauma*, 9 (4), 224-227.
- Freud, S. (1920-2013). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : PUF.
- Gandélet, J-P. (2014b). Du jeu traumatique au jeu thérapeutique chez l'enfant traumatisé. In L. Crocq (Dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (pp.232-239). Paris : Elsevier Masson.
- Hariki, S. (2014). Le dessin dans la thérapie de l'enfant traumatisé. In L. Crocq (Dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (pp.141-252). Paris : Elsevier Masson.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1967-1994). *Vocabulaire de la psychanalyse* (12^e éd). Paris : PUF.
- Le Heuzey, M-F. (1999). Le syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. *Arch Pédiatr*, 6, 573-577.
- Lebigot, F. (2011). *Le traumatisme psychique*. Paris : Fabert.
- Lecomte, J. (2004). *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob.
- Michaud, P-A. (2004). Résilience à l'adolescence. *Rev Med Suisse*, 0. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2504/24178>.
- Miedzyrzecki, J. (2004). Trauma et somatisation chez l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 414-418.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Canada :Institut canadien d'information sur la santé.
- Romano, H. (2018). *Les risques psycho-sociaux scolaire*. Paris : Odile Jacob.
- Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant*. Paris : PUF.

- Sadlier, K. (2013). Résilience. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.249-253). Paris : Dunod.
- Sajus, N., & Tisseron, S. (2018). *Adolescence : du traumatisme de vie à la résilience*. Editions législatives.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.
- Taieb, O. (2003). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. *EMC-37-200-G-60*.
- Vermeiren, E. (2012). Analyse critique du concept de résilience. In R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (15-22). Paris : Dunod.
- Vilamot, B. (2014). Clinique du trauma chez l'enfant et l'adolescent. In L. Crocq (Dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (pp.53-62). Paris : Elsevier Masson.
- Zuber, A Sadlier, K (2013). Etat de stress post-traumatique chez l'enfant. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2 é èd) (pp.46-58). Paris : Dunod.