

Clinique et prise en charge psychothérapeutique précoce post-traumatique chez l'enfant

Clinical and early post-traumatic psychotherapeutic care at child

Berkouche faiza¹,(Université d'Alger 2)
Faiza-berkouche@hotmail.com

Reçu	2020-03-30	Accepté	2020-09-13
-------------	-------------------	----------------	-------------------

Résumé

Les enfants peuvent présenter, suite à de nombreux types d'évènements violents (agression physique ou sexuelles, catastrophes, guerres...) des manifestations psychopathologiques variées et parfois sévères. L'état de stress post –traumatique (répétition, évitement et hyperactivité neurodégénérative) n'en résume pas l'ensemble. Les modalités de prise en charge psychologique doivent tenir compte des dimensions individuelles, familiales et culturelles de chacune des situations. L'illustration clinique que nous avons présentée témoigne qu'une prise en charge précoce se révèle très bénéfique pour l'enfant. Les symptômes non traités peuvent engendrer des troubles dans le développement de l'enfant. Le stress post-traumatique peut avoir un impact sur le fonctionnement cognitif, les traits de personnalité, l'estime de soi, le contrôle de l'impulsivité.

Mots Clés

Clinique du trauma; Enfant; Post-traumatique; Prise en charge précoce; Traumatisme psychique.

Abstract

The children can present, after many types of violent events (physical or sexual aggression, disasters and wars...) different psychopathological manifestations, which sometimes could be severe. The post-traumatic stress state (repetition, avoidance and neurodegenerative hyperactivity) does not summarize the whole the modalities of psychological care must take into account the individual, familial and cultural dimensions of each situation. The clinical illustration that we presented testimony that early care is very beneficial for the child. Untreated symptoms can cause disorders at child. Post-traumatic stress can have an impact on cognitive function, personality traits, self-esteem, and impulsivity control.

Key Words:

Child, Clinical trauma; Early psychological care; Post-traumatic; Psychological trauma.

¹-Berkouche faiza

Introduction

L'expérience issue de la prise en charge des enfants victimes d'événements traumatiques, s'inscrit dans la suite des travaux menés après la Seconde Guerre mondiale, par A. Freud, J. Bowlby, D.W. Winnicott, entre autres. Leur approche clinique a permis de comprendre, combien la prise en charge d'enfants confrontés à des événements traumatiques, nécessite d'être adaptée dans ses modalités techniques, aux spécificités de la psychologie infantile et aux particularités cliniques et évolutives du traumatisme psychique.

Par ailleurs, les progrès considérables apportés depuis vingt ans par les neurosciences ont permis de comprendre les conséquences des traumatismes précoces sur le développement de l'enfant.

L'intervention psychologique immédiate permet aussi au professionnel d'évaluer les troubles exprimés par l'enfant en immédiat, de repérer les facteurs de risque et de protection afin de proposer la prise en charge la plus adaptée à l'enfant.

1-Quelques concepts de base sur le psychotrauma

✓ Le stress

C'est une notion relativement récente puisque c'est en 1963 que le mot « stress » commence véritablement à être utilisé en médecine. Introduit par Hans Selye, il rend compte d'un processus physiologique que ce chercheur avait préalablement désigné sous le terme de « syndrome d'adaptation général » dès 1936. Il le définit comme la réponse non spécifique d'un organisme face à un événement (par exemple injecter du matériel étranger, ovarien ou placentaire de vaches à des rats). Il se traduit par un ensemble de réactions physiologiques (sueurs, accélérations de la fréquence cardiaque et respiratoire) et psychologiques (inquiétude, troubles du sommeil). Ces réactions permettent au sujet de focaliser son attention, de mobiliser ses capacités mentales et d'inciter à l'action. Le stress apparaît comme une réaction normale à visée adaptative, cette réponse disparaissant avec la disparition de l'agent stressant. Mais les capacités adaptatives de l'individu peuvent être mises en échec ou dépassées. C'est notamment en fonction de la nature de l'agent stressant, de son intensité, de sa répétition ou de son addition à d'autres facteurs de stress que va survenir cette possibilité de dépassement. On parle alors de stress « dépassé » pour en souligner les conséquences pathologiques, physiques ou psychiques. (Olliac, 2012:311)

Progressivement, on a assisté à une utilisation du terme de stress à la fois pour nommer aussi bien la cause que l'effet. (Olliac , 2012:311)

✓ Evènements traumatiques

Un événement est considéré comme traumatogène ou « traumatique » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique. D'autre part, il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime. Si l'une des deux

conditions manqué, on ne peut pas parler, sur le plan psychopathologique, d'événement traumatogène ou traumatique. En effet, la réaction subjective (peur intense, impuissance, effroi, etc.) doit nécessairement être associée à la situation de menace. (Boudoukha, 2009:31)

Les classifications nosographiques des psychopathologies proposent comme exemple plusieurs types d'événements qui peuvent être potentiellement traumatogènes. On distingue en général trois catégories d'événements qui, dans la revue de la littérature, sont souvent invoqués comme facteurs déclenchant un traumatisme psychologique. On retrouve parmi ceux-ci :

– **Les situations de catastrophes naturelles** : ce sont des événements souvent imprédictibles et incontrôlables dont la force est dévastatrice comme les tsunamis, les ouragans-tempêtes-tornades, les feux forestiers, les tremblements de terre, les raz-de-marée, les inondations, etc. ;

– **Les actes de violence interpersonnels** : il s'agit des violences exercées à l'encontre des personnes. On y retrouve les situations de guerre, les barbaries (camps de concentration, torture, séquestration), les victimisations ou agressions (physiques ou sexuelles), les vols avec arme (arme blanche, hold-up), etc. ;

– **Les catastrophes imputables à une erreur technique ou humaine** : on y retrouve les désastres écologiques ou nucléaires, les explosions, les incendies, l'émission de produits toxiques, mais également les accidents de voiture, de train ou d'avion, les naufrages de bateaux, les accidents de travail, etc. (Boudoukha, 2009:31)

✓ **Traumatisme psychologique**

Le mot traumatisme vient du grec ancien *traumatismos*, où il signifiait blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie choc physique violent sur une partie du corps, avec ou sans effraction, provoquant (traumatisme ouvert ou traumatisme fermé) une blessure ou une contusion. Transposé à la pathologie mentale, il signifie choc psychique violent sur le psychisme, provoquant des perturbations au sein de ce psychisme. L'expérience a montré que, face à une agression ou une menace soudaine et grave, 75 % des individus répondent par une simple réaction de stress adaptative, tandis que 25 % – de constitution plus fragile ou en situation de plus grande vulnérabilité – répondent par une réaction de stress dépassé, marquée par des perturbations psychiques importantes, inadaptée et laissant des séquelles psychiques durables. Les premiers n'ont pas vécu l'événement comme un trauma ; les seconds l'ont vécu comme un trauma. (Ducrocq, Crocq, 2007: 785-786)

Cette effraction dans la vie du sujet déclenche un bouleversement dans les représentations et une avalanche d'excitations dépassant le seuil de tolérance physique, émotif et intellectuel du sujet. Le temps est suspendu dans un espace « hors temps » où il n'y a plus de repères permettant de distinguer source et objet,

altérité interne et altérité, passé-présent-avenir (Roussillon, 2001). L'agonie psychique dans laquelle se trouve le sujet entraîne un effondrement lié à l'annihilation de ses ressources pour penser ce qui lui arrive, et ce d'autant plus que son âge ne lui permet pas d'avoir des ressources affectives et cognitives suffisantes (enfants mais aussi personnes âgées). Si l'on s'en tient à cette définition, nous constatons qu'un grand nombre d'événements peuvent être qualifiés de « traumatiques » : séparation brutale, catastrophes naturelles, accidents funestes, agressions violentes, guerres. Ces événements, s'ils ont des similitudes par leur dimension mortifère et désobjectivante, ont une différence essentielle liée à leur nature même : intentionnelle ou non intentionnelle. Cette distinction est importante à rappeler pour mieux comprendre les mécanismes de défense et les troubles post-traumatiques susceptibles de s'exprimer chez l'enfant comme chez ses proches impliqués dans l'événement. (Romano, 2013:168)

Un événement traumatique reste une expérience singulière, dont les conséquences différentes pour chacune des personnes concernées. Chacune d'elles possède une capacité propre de perception et d'intégration de la situation liée aux ressources internes et externes élaborées progressivement dès les premiers moments de vie. Cette singularité permet aussi de comprendre que l'impact traumatique n'est pas proportionnel à la gravité matérielle ou pénale de l'événement, mais à l'intensité de la résonance qu'il a dans l'histoire de chacun. (Romano, 2013:169)

✓ **Etat de stress post-traumatique**

Les conséquences psychopathologiques d'un traumatisme psychique sont réunies sous le nom de syndrome psychotraumatique. Dans la littérature figure également le terme d'état de stress post-traumatique (ESPT), ou post-traumatic stress disorder (PTSD), (Laurent, 2012: 02)

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est une entité clinique désormais clairement décrite dans les classifications internationales. Que ce soit actuellement dans la CIM-X ou le DSM-IV-TR, l'ESPT est défini par des critères précis, une association de symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic.

Ces symptômes sont consécutifs à l'exposition à un événement. Ils peuvent se révéler ou se prolonger dans le temps, au-delà du retrait du sujet de la situation traumatisante. Ce concept, créé par les Américains pour décrire les troubles dont souffraient les vétérans de la guerre du Vietnam, ne recouvre en fait qu'une partie des aspects des syndromes liés au traumatisme psychique, à savoir sa symptomatologie clinique : cauchemars, phénomènes de reviviscence, d'évitement, etc. Mais le traumatisme peut avoir des effets beaucoup plus larges qu'il importe de prendre en compte. Les symptômes non traités peuvent engendrer des troubles dans le développement de l'enfant. Le stress post-traumatique peut avoir un impact sur le fonctionnement cognitif, les traits de personnalité, l'estime de soi, le contrôle de l'impulsivité. Des changements de personnalité ont aussi été décrits. Ainsi que des

comportements régressifs, une tendance à un pessimisme marqué et un sentiment d'avenir bouché. Peut-être même des conséquences survenant au cours de la vieillesse. (Olliac, 2012:311-312)

Chez les enfants, la fragilité n'est pas forcément plus grande, mais elle est différente. En effet, des événements différents de ceux qui peuvent traumatiser un adulte peuvent avoir sur eux un effet traumatique majeur. Par exemple, pour un très jeune enfant, une expérience de séparation brutale peut être l'équivalent de l'expérience de mort chez un adulte. L'impact traumatique est aussi différent chez un être en devenir. Le développement de la personnalité de l'enfant va pouvoir en être affecté. Certains enfants vont devenir passifs, inhibés, d'autres agressifs. Certains vont rejouer la scène traumatique avec des mises en scène violentes, dangereuses. . . Certains vont montrer au contraire des capacités de résilience surprenantes. (Olliac, 2012:311-312)

Nous pouvons rappeler des notions classiques. Les réactions sont variées et si l'on veut beaucoup simplifier on peut dire que les enfants les plus petits (de cinq ans et moins) vont avoir des réactions courantes qui comportent des pleurs, la crainte d'être séparé des parents, on voit aussi fréquemment des comportements régressifs (la peur du noir, sucer son pouce, des retours d'énurésie nocturne). Les enfants de ce groupe d'âge peuvent avoir une tendance à être fortement influencés par les réactions des parents à l'évènement traumatique. Chez les enfants un peu plus grands (entre six et 12 ans), on peut observer un retrait social ou de l'agitation, des difficultés d'attention, des comportements régressifs, des problèmes de sommeil, des cauchemars, des peurs irrationnelles, de l'agressivité ou de l'irritabilité. L'enfant peut aussi se plaindre de maux de ventre ou d'autres symptômes sans origine somatique. Parfois, les performances scolaires vont fléchir et l'enfant peut même refuser d'aller à l'école. Des manifestations d'hyper anxiété ou de dépression peuvent aussi survenir.

On sait que certains facteurs vont influencer sur la gravité et l'intensité des réactions :

- Des facteurs pré-traumatiques, c'est-à-dire des caractéristiques de l'enfant ou de l'adolescent ou de son environnement existant avant l'évènement traumatique, notamment le fait d'avoir déjà été victime d'abus ou d'autres formes de traumatisme, ou d'avoir des antécédents personnels ou familiaux de trouble mental.
- Des facteurs liés à l'exposition à l'évènement traumatique, en particulier la gravité et la proximité de l'évènement, de même que la durée de l'exposition.
- Existent aussi des facteurs post-traumatiques. On peut citer la disponibilité du soutien social ou familial, ainsi que l'émergence de symptômes comme l'évitement, l'insensibilité émotive, des souvenirs répétitifs et envahissants. (Olliac, 2012:311-312).

2- Clinique du trauma chez l'enfant

De nombreuses publications témoignent de l'impact des événements traumatiques sur les enfants et décrivent l'étendue des troubles post-traumatiques susceptibles de se développer et de l'importance majeure de la qualité du support offert à l'enfant (famille, proches, soignants) comme facteur pronostique déterminant

Dans ces situations de violences in-nommables, les souffrances posttraumatiques se caractérisent par des tableaux psychopathologiques complexes avec une multitude de troubles qui ne sauraient se réduire au seul PTSD. Les blessures liées au trauma peuvent s'exprimer dès les premiers temps, mais également re- jaillir à retardement des mois, voire des années, après l'événement, à la faveur de stimuli en lien avec ce passé traumatique (le décès d'un camarade de classe qui réactive le deuil traumatique du décès d'un parent, par exemple). Il peut s'agir, en particulier, d'hypersomnie réactionnelle, de troubles du comportement, de troubles anxieux et de l'humeur, de reviviscences, d'hypervigilance, de troubles réactionnels de l'attachement, de troubles psychosomatiques, d'une atteinte du processus de développement de la personnalité, etc. (Romano, 2010:58).

Actuellement, les critères de l'algorithme du diagnostic de l'état de stress post-traumatique du **DSM-5** chez le jeune enfant (moins de 6 ans) s'articulent autour de quatre dimensions :

1) Symptômes de reviviscence ou d'intrusion (intrusion récurrente de souvenirs qui peut.

Se présenter sous forme de jeu répétitif ; cauchemars traumatiques ; réactions dissociatives avec reconstitution par le jeu ; détresse lors de l'exposition à des indices rappelant l'évènement ; réactions physiologiques marquées après exposition à des stimuli rappelant le traumatisme).

2) Symptômes d'évitement (évitement des indices rappelant le traumatisme ; évitement de pensées, émotions et conversations rappelant le trauma).

3) Symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (fréquence augmentée d'émotions négatives ; diminution des intérêts notamment par rapport au jeu ; retrait social ; restriction de l'expression d'émotions positives).

4) Symptômes d'hyper-éveil (hypervigilance; réaction de sursaut exagérée; difficultés de concentration; sommeil perturbé; irritabilité avec crises de colère).(Nérette , Jourdan-Ionescu , Milot , 2018: 95)

✓ Chez le nourrisson (avant 1 an)

On a longtemps méconnu, voire banalisé, l'impact d'un traumatisme sur le nourrisson. Par ailleurs, les symptômes observés se rapprochent plus de la clinique

des carences affectives que de celle de l'état de stress post-traumatique. À cet âge, l'enfant n'est pas encore capable d'évaluer le danger et il ne dispose pas de moyens nuancés pour exprimer sa souffrance.

La sémiologie se manifeste tantôt par une apathie et un retrait, tantôt par une hyperexcitabilité avec pleurs et cris incessants. Les troubles du sommeil et de l'appétit, les vomissements ainsi que les manifestations psychosomatiques (eczéma) sont un mode privilégié d'expression de la souffrance chez le nourrisson qui n'a pas accès à l'introspection ni à la verbalisation des émotions. On a décrit sous le terme de « mémoire comportementale » des comportements répétitifs reprenant certains aspects du traumatisme vécu, comme si l'enfant gardait en mémoire la scène traumatique, qui viendrait s'imposer à lui par le biais de la seule remémoration des attitudes et des gestes, sans participation affective observable. Les retards du développement psychomoteur, les retards de croissance et la régression des acquis sont très fréquents

Sur le plan théorique, les recherches psychanalytiques orientent vers une psychopathologie d'avant l'acquisition du langage : fantasmes de dévoration et de morcellement. (Crocq, 2012:84)

✓ **Chez l'enfant de 1 à 5 ans**

Avec l'acquisition du langage, l'enfant parvient progressivement à construire des représentations mentales des dangers et des agressions ; et surtout à exprimer sa peur et sa souffrance. Contrairement à ce que l'on a longtemps cru, le petit enfant peut être traumatisé. Il est capable de prendre conscience même s'il ne la comprend pas exactement d'une situation d'agression ou de menace pour son intégrité corporelle. Cette prise de conscience se fait souvent dans le cas des catastrophes, des accidents et des agressions où ses parents sont menacés et agressés à ses côtés «en miroir», lorsqu'il constate brusquement la peur de ses parents, leur détresse et leur impuissance, dont l'impuissance à le protéger. En ce sens, le petit enfant subirait deux traumatismes : le sien propre, plus, en miroir, celui de ses parents.

On constatera alors, au décours d'une phase immédiate de sidération terrorisée, des symptômes anxieux dont la thématique tourne autour de la séparation, avec exigence d'avoir ses parents près de lui ou à portée de vue, peur d'être abandonné, et peur éventuellement que ses parents soient victimes de la même agression que celle qu'il vient de subir.

En outre, les manifestations somatiques douloureuses sont très fréquentes ainsi que les troubles du sommeil et les troubles sphinctériens secondaires. Les modifications du caractère et du comportement sont également observées, à type d'agressivité, d'irritabilité, de colères violentes ou d'opposition systématique. La modification ou la perte des intérêts habituels avec une tendance au retrait ou aux jeux répétitifs reprenant la thématique du traumatisme est souvent observée à cette période. (Crocq, 2012:84)

✓ **La spécificité du trauma chez l'enfant selon quelques auteurs**

Les séquelles psychologiques des événements traumatiques chez les enfants ne furent quant à elles que tardivement reconnues; les premiers travaux remontent à la seconde guerre mondiale.

Anna Freud et Dorothy Burlingham (1943)

À propos des troubles développés par les enfants, pendant la seconde guerre mondiale, Anna Freud et Dorothy Burlingham, présentent leurs observations d'enfants évacués de la nursery de Hampstead afin d'échapper aux bombardements de Londres. Ce sont les premières descriptions d'une expression ludique où l'enfant exprime, pour elles, une tentative de maîtrise en répétant des jeux traumatiques (avec toujours l'idée de l'échec et de tentative d'abréaction). Elles décrivent aussi, chez ces enfants, un tableau proche de celui de la névrose traumatique. (Olliac,201:309-310)

Jean Bowlby, D.W. Winnicott

L'expérience issue de la prise en charge des enfants victimes d'événements traumatiques s'inscrit dans la suite des travaux menés après la Seconde Guerre mondiale par J. Bowlby, D.W. Winnicott, entre autres. Leur approche clinique a permis de comprendre combien la prise en charge d'enfants confrontés à des événements traumatiques nécessite d'être adaptée dans ses modalités techniques aux spécificités de la psychologie infantile et aux particularités cliniques et évolutives du traumatisme psychique (Romano,2013: 169-170)

Leonor Terr (1976)

Psychiatre américaine, a étudié des enfants pris en otage dans leurs autobus scolaires, pendant quatre ans après cet enlèvement. Elle rapporte des rêves et des jeux au cours desquels les enfants revivent cet événement traumatique. Elle constate aussi qu'ils manifestent des modifications perceptuelles et des distorsions temporelles concernant non seulement l'enlèvement mais aussi ce qui s'est passé avant et après, et elle dit: « c'est comme si la prise d'otage était devenue l'expérience déférente de leurs vies ». Les enfants se montrent incapables de se projeter dans l'avenir. Elle note aussi que les éléments symboliques exprimés dépendent du niveau de développement de chaque enfant et du fonctionnement de la famille. Mais surtout elle constate que malgré les différences individuelles, la plupart des symptômes sont communs quel que soit le fonctionnement antérieur des enfants ou l'anxiété des parents. Elle en conclue que des enfants peuvent être affectés gravement par des événements terrifiants.

Si maintenant on l'admet facilement cela n'était pas le cas quand elle l'a énoncé. C'est aussi à elle que l'on doit la distinction classique, en 1991, entre les traumatismes de type I qui sont des événements uniques, isolés, limités dans le temps, comme des accidents, des catastrophes; et les traumatismes de type II qui

correspondent à des situations qui se répètent, comme par exemple des abus ou des maltraitements. (Olliac,201:309-310)

Les intérêts de recherche de Lenore Terr pour mieux comprendre le monde interne de l'enfant victime d'événements traumatiques, de même que ses efforts de systématisation du concept de jeu post-traumatique constituent un héritage unique pour les cliniciens travaillant auprès des enfants blessés. Actuellement Eliana Gil est l'auteure qui a nuancé et approfondi le plus la compréhension du construit du jeu posttraumatique après Lenore Terr. (Nerette, Jourdan-ionuscu, Milot,2018:102)

Hélène Romano (2012)

L'enfant traumatisé reste celui qui connaît le mieux ce qu'il ressent et ce qu'il vit, ce que nombre de professionnels oublie bien souvent. Ce que pense et ressent un enfant concernant un événement doit constituer la ligne directrice pour son traitement. Les jeux post-traumatiques doivent être mieux compris pour mieux prendre en charge les enfants. Romano (2010; 2012) propose une réflexion selon laquelle les symptômes de reviviscence bien connus dans le domaine du trauma s'expriment à travers des jeux traumatiques. Pour Romano (2012) l'observation du jeu est un outil diagnostique qui permet de ne pas laisser l'enfant seul dans sa souffrance. (Nerette, Jourdan-ionuscu, Milot,2018:102-103).

Tenant compte de ces précieuses caractéristiques avancées par les auteurs, il semble qu'il ne soit pas évident de contrôler certaines situations vécues, vu que l'enfant est en plein développement mental, émotionnel, cognitif et social, c'est ce qui lui rend la tâche difficile de gérer ce flux d'excitation qui le dépasse. Pour cela les facteurs familiaux, sociaux et culturels pourront jouer un rôle important comme facteurs de protections de l'enfant.

Par ailleurs, les progrès considérables du psychotrauma chez l'enfant, ont permis de comprendre les conséquences de ces traumatismes sur le développement de l'enfant.

Comme on a constaté aussi que, la maîtrise et la compréhension de la clinique du trauma chez l'enfant, aide considérablement l'intervenant psychologique afin qu'il ne se sente pas impuissant ou bien contaminé par cette détresse.

3- Les différentes réactions

Lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace soudaine mettant en jeu sa vie ou son intégrité physique ou mentale (c'est à dire à une situation potentiellement traumatisante), il présente immédiatement, de façon quasi réflexe, une réaction d'alarme, de mobilisation et de défense qui lui permet de faire face à cette agression.

✓ **Clinique de la réaction immédiate**

La réaction immédiate est marquée par la frayeur, l'horreur et le sentiment d'absence de secours. Le tableau comprend, comme chez l'adulte, des symptômes de désorientation temporo spatiale, d'arrêt de la pensée avec incompréhension de la situation, de vécu de déréalisation et de dépersonnalisation (dissociation péri-trauma) et des symptômes neurovégétatifs, tels que pâleur, sueur, tachycardie et spasmes viscéraux divers ; le tremblement convulsif et la perte d'urine figurent au premier plan de ces symptômes neurovégétatifs. Comme symptômes spécifiques à l'enfant, lors de cette période immédiate, on peut constater : un état de sidération totale avec faciès hagard ; parfois au contraire une excitation psychomotrice intense avec agitation, cris et logorrhée intarissable ; parfois encore une fuite éperdue ; parfois enfin un comportement désorganisé et automatique, l'enfant poursuivant de longues minutes, et dans un état d'indifférence apparente, une activité inadaptée au contexte. Les manifestations d'angoisse de séparation sont présentes dès la phase immédiate : peur d'être abandonné par les parents, peur de rester seul, avec comportement d'agrippement à l'adulte. (Crocq, 2012: 79)

✓ **Période post immédiate et phase de latence**

Dans de nombreux cas, l'enfant entre souvent directement, de plain-pied, dans le syndrome psychotraumatique chronique, sans phase de latence ou de « méditation ». Cela a été observé en particulier par Crocq et Gannagé (2002) pour les enfants survivants des bombardements israéliens au Liban. Mais il arrive aussi qu'il passe par le préalable d'une phase de latence fallacieuse, donnant lieu à un comportement apparemment normal et à la reprise des activités antérieures, mais répondant en réalité à la préparation d'un syndrome psychotraumatique durable. Sous une apparence calme, trop calme, l'enfant est perplexe, isolé, peu enclin à jouer et à parler. Et ce n'est parfois qu'au bout d'un délai de huit à quinze jours qu'il manifesterà les premiers symptômes d'un état psychotraumatique différé et durable, avec troubles du sommeil, manifestations anxieuses, pleurs et attitudes régressives ou agressives. (Crocq, 2012: 80)

✓ **Les syndromes psycho-traumatiques chroniques**

Au stade chronique, le tableau clinique observé chez l'enfant peut être réparti selon trois axes : les symptômes de reviviscence, les symptômes non spécifiques et la perturbation de la personnalité en devenir (incluant les attitudes d'évitement et de retrait mentionnées dans le PTSD, mais comportant surtout une importante régression affective). (Crocq, 2012: 80)

Pour cela, nous avons constaté. Qu'il est important, pour évaluer la sévérité de la réaction immédiate et prévoir ses suites, de rechercher les signes de dissociation péri-traumatique. Afin d'éviter toute dégradation de l'état psychologique de l'enfant.

Autant qu'intervenant, notre prise en compte des premiers symptômes qui suivent l'exposition à un événement traumatique chez l'enfant, cela nous aide

considérablement au choix adéquat de l'intervention psychologique. Ce qui aide énormément l'enfant à déclencher un processus de résilience.

4- Variations de l'expression clinique du trauma chez l'enfant

Les enfants peuvent présenter, après de nombreux types d'évènements violents, des manifestations psychopathologiques. Différents types de facteurs sont à même de modifier l'expression clinique de ces troubles :

✓ Nature de l'expérience traumatique

Une autre typologie des évènements potentiellement traumatiques peut être proposée en fonction de leur nature, sexuelle quand le sujet est confronté à la violence d'un désir sexuel incompréhensible pour lui, ou mortifère en cas de rencontre manquée avec la mort, et aussi en fonction de leur appartenance principale à la réalité externe ou à la réalité psychique interne, ces composantes étant, bien sûr, intimement mêlées. La distinction entre violence interhumaine intentionnelle et les autres types d'évènement doit également être prise en compte. Ainsi, par exemple, la maltraitance répétée ou encore la contrainte à réaliser des actes de violence (comme pour les enfants-soldats) n'ont vraisemblablement pas les mêmes conséquences sur l'enfant que les situations de catastrophes naturelles, dans le sens où elles constituent une attaque de ce qui fonde l'identité du sujet et son rapport au monde. L'intrication entre symptômes post-traumatique et travail de deuil et aussi possible. (Taieb, Boubet, Pradère, 2004:03).

✓ Niveau de développement de l'enfant

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 encoprésie secondaire), 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 somatique (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 nets que chez le jeune enfant. Les difficultés scolaires et la baisse des performances peuvent être au premier plan. (Taieb, Boubet, Pradère, 2004: 03)

✓ Contexte culturel et social

L'ESPT n'est pas la seule expression possible des traumatismes psychiques en situation transculturelle. L'appartenance culturelle va également influencer les attentes du patient et de sa famille par rapport aux soins, par rapport à la possibilité d'adhésion au modèle étiopathogénique qui sous-tend implicitement les manières de faire du thérapeute. Rousseau souligne l'importance du contexte de violence

organisée, qui, au-delà de ses effets sur les individus, touchent également les familles, les groupes, les communautés, conduisant à une dissolution du lien social. (Taieb, Boubet, Pradere, 2004: 03)

Un enfant exposé à un événement potentiellement traumatique, ne développe pas systématiquement un syndrome psychotraumatique, et aussi l'absence de signe d'alarme ne signifie pas que tout va bien. Pour cela, les facteurs que nous avons cité ci-dessus ont un rôle primordial du devenir psychologique de l'enfant. Pour cela on peut dire que les capacités de l'enfant, son histoire, le soutien de son entourage familial et social ont un rôle crucial dans l'élaboration du trauma.

5- La prise en charge psychothérapeutique précoce post-traumatique chez l'enfant

La prise en charge d'enfants ayant subi des traumatismes intentionnels nécessite, par exemple, de penser tout particulièrement l'interaction, de prendre en compte les effets de l'influence, de l'emprise, d'identification à l'agresseur, et d'intégrer la nature des liens intersubjectifs entre l'enfant et son agresseur (Romano, 2013:169)

La qualité des ressources antérieures et de celles mises en œuvre suite à l'événement, sera donc essentielle pour le devenir de chaque personne impliquée (Cyrulnik, 2011:57)

Il n'existe pas de traitement causal du psycho-trauma, en ce sens que l'évènement ne peut pas ne pas être survenu, ni ne pas avoir été traumatique. Le trauma ne peut pas s'effacer complètement, il en reste une trace, une cicatrice de cette rencontre. Les enfants comme les adultes le pressentent et toute tentative visant à accrédi-ter que « c'est fini », que « tout est comme avant » qu'il « ne faut plus y penser » entraîne des réactions agressives vigoureuses ou un repli sur soi de l'enfant devant cette incompréhension.

La thérapie aura ainsi comme objectif un travail quasiment « réparateur » sur les instances psychique dont le traumatisme a entraîné un effondrement : narcissisme, mis à mal par le dévoilement de la mortalité et surmoi, mis en question lorsque l'évènement comporte une part de transgression des lois et tabous fondamentaux (meurtre, inceste, etc...). La thérapie facilitera l'élaboration des pertes d'objets tant externes qu'externes. (De clerq, Lebigot, 2001:321-322).

Les modalités d'interventions thérapeutiques sont diversifiées pour répondre à des situations très différentes les unes des autres. De façon générale, les parents et la famille, qu'ils aient ou non vécu l'évènement traumatique, sont toujours inclus dans la prise en charge ; En fonction du contexte dans des situations de guerres ou de catastrophes, par la mise en place de dispositifs spécifiques, tout en sachant qu'un modèle uniforme d'intervention ne peut s'appliquer mécaniquement quel que soit le contexte.

Les psychothérapies sont d'inspiration analytique ou cognitivo-comportementales en fonction de l'orientation théorique des intervenants. Ces deux

modalités peuvent s'associer, le choix de l'une ou de l'autre dépend notamment de facteurs individuels, familiaux, sociaux et culturels.

Le récit de l'événement traumatique, l'abréaction ou le dévoilement du trauma, quand les conditions du récit sont établies, sont classiquement souhaitables, mais ne doivent se faire que dans le cadre d'une relation thérapeutique suffisamment solide tenant compte des défenses individuelles, familiales et culturelles. Il ne peut pas s'agir d'une catharsis forcée. La parole sur le trauma peut soit permettre une élaboration, soit, au contraire, être violente et effractante. (Taieb, Baubet, Pradère, 2004:5).

A partir de là, on peut dire que le but de l'intervention précoce auprès des enfants traumatisés est de soulager la souffrance, inciter à verbaliser, écoute en montrant de l'empathie (la neutralité bienveillante serait vécue par la victime en manque d'affection comme un rejet), rassurer, apaiser, informer, modérer, contenir et accompagner plus que guider un être décontenancé et doutant de soi.

Nous donnons considérablement de l'importance au ressenti et vécu de l'enfant traumatisé lors de notre intervention comme le démontre H. Romano, L. Terr. Car ce que pense et ressent un enfant concernant un évènement doit constituer la ligne directrice pour son traitement.

✓ **L'intervention d'urgence pour enfants traumatisés**

Il est indispensable de distinguer les besoins spécifiques de l'enfant selon :

- Son âge civil ;
 - Son niveau réel de développement ;
 - La présence ou non d'adultes de référence (parents ou autre) susceptibles de participer aux entretiens ;
 - Son état clinique (sidération, agitation, panique, etc.)
- Ensuite, il faut tenir compte du délai écoulé entre l'évènement traumatique et le moment de l'intervention médico-psychologique :
- Temps immédiat (le jour même)
 - Temps post-immédiat (de deux à 10-15 jours après le choc)
 - Temps différé (au-delà des deux premières semaines après l'évènement)

La durée de l'entretien d'aide psychologique post-évènement et ses modalités pratiques, en particulier le recours à des objets médiateurs, seront alors différents.

L'objectif général est de favoriser la reconstitution d'un espace de référence permettant à l'enfant traumatisé d'y exprimer devant un adulte disponible, mais avant tout pour lui-même, la trace psychique de ce qu'il a vécu. Il s'agit donc d'inventer avec des moyens simples et peu encombrants, un cadre protecteur, à l'intérieur duquel :

- Les émotions accumulées pourront se libérer. Mais cette évacuation salutaire du trop-plein émotionnel provoqué par la réaction de stress aigue n'est qu'une partie de l'objectif recherché lors de cette rencontre précoce ;

- Sera ensuite réinstallé autour de l'enfant, par la présence accueillante, contenant et disponible des soignants, un pôle d'étayage qui s'était absenté ou désintégré lors du choc traumatique. (Hariki, Gandelet, 2006 :224-225)
- Les soignants pourront parfois s'appuyer sur la présence d'autres enfants pour susciter les très utiles mouvements interactifs et identificatoires qui naissent puis circulent dans le groupe constitué autour des médiations. Ce recours aux *Alter ego* va à la fois enrichir l'aire transitionnelle par la multiplication des instants créatifs, abolir certaines inhibitions à faire et à dire, et aider à resituer les enfants dans leur place symbolique d'enfants jouant sous le regard attentif et protecteur des adultes ;
- Il faudra enfin créer des conditions favorables pour que naisse chez cet enfant une parole porteuse d'un début de sens à donner à l'expérience encore innommable qu'il vient de traverser, Ainsi est instauré un retour possible à l'univers du symbolique. (Hariki, Gandelet,2006:224-225).

A partir de ces données on relève l'importance de l'intervention psychothérapeutique précoce, afin de prévenir l'apparition de troubles post-traumatiques. On s'aperçoit que l'intervention auprès des enfants traumatisés, qu'elle a sa spécificité qui diffère de l'adulte, en introduisant des médiateurs, un espace de référence et de protection afin de pouvoir parvenir à son aide.

✓ **L'intérêt de l'intervention psychothérapeutique précoce post-traumatique**

Indépendamment de son double aspect immédiat et post-immédiat, l'objectif de l'intervention psychothérapeutique précoce post-traumatique telle que nous la proposons est double :

– Réguler les envahissements d'affects (fuite panique ou sidération psychique par exemple) par, selon l'expression de L. Crocq « une maïeutique des émotions ». Cela suppose la reconstitution progressive des enveloppements psychiques primaires pour le patient, la mise en place d'un cadre contenant et sécurisant et la promotion de l'expression des affects. Cette régulation nécessite la construction d'un espace de type transitionnel où l'affect puisse s'exprimer sans menace de représailles et sans qu'il soit synonyme d'effondrement psychique irréversible. Cet espace ne peut être ni pédagogique, ni éducatif, ni interprétatif mais un lieu à la fois physique et psychique où « la pensée puisse se penser dans ses plus expressions premières tonico-émotionnelles ».

– Promouvoir, au sens psychodynamique des processus psychiques de liaison entre affect et représentation (la dissociation péritraumatique est l'exemple inverse). Cette promotion ne peut avoir lieu sans le préalable précédent d'un espace « suffisamment bon » où le thérapeute joue le rôle de porte-parole et de porte-pensée. Ce « portage » est synonyme de holding, c'est-à-dire d'étayage, de maintien et de soutien. Le propre du traumatisme est d'être « un événement qui s'est passé mais n'a pas eu lieu ». Il n'est pas « une rencontre mais un face à face » faute de son « extraterritorialité représentative ». Cette médiation thérapeutique est à l'image de la

transformation des éléments « bêta » impensables en éléments « alpha » pensables du modèle de W.R. Bion (« appareil à penser les pensées ») (Bessoles. 2006: 233)

Nous constatons que l'importance, de ce temps de prise en charge précoce, qu'on y ait recours ou non à des supports de médiation, c'est d'offrir à l'enfant un espace pour décrypter l'impact traumatique, aider à l'élaboration du champ de symbolisation et qu'il puisse enfin en parler de son malheur.

L'objectif de ces prises en charge thérapeutiques précoces est de prévenir les troubles post-traumatiques bien souvent invalidants et dont l'expressivité chez l'enfant reste méconnue des professionnels et des parents. Cette intervention participe au processus de résilience qui permet à l'enfant de se dégager de l'impact traumatique de l'événement sans trop bouleverser son devenir.

6- Méthodologie de recherche

✓ **Lieu et cadre de l'étude**

L'étude de cas que nous présenterons, illustre le cas d'un garçon (Nabil) en période de latence, accompagné de sa maman, qui se présentent en consultation d'aide psychologique au niveau de l'unité de médecine du personnel d'un Centre Hospitalo-Universitaire à Alger, là où nous assurons un travail d'évaluation et d'accompagnement psychologique pour les fonctionnaires de cette institution ainsi que leur ayant droit.

Concernant le cadre de notre travail thérapeutique, nous recevions Nabil à notre consultation régulièrement, au début c'était deux fois par semaine pour une séance qui durait environ 45minutes, puis les séances commençaient à s'espacer en fonction de l'évolution des capacités d'élaborations de l'enfant qui permettent le travail mental. Une prise en charge psychologique, qui avait duré presque une année.

Les outils d'investigation

Pour comprendre l'enfant dans sa globalité, et intervenir d'une façon adéquate suite à un traumatisme psychique chez l'enfant nous avons eu recours à trois outils qui sont :

✓ **L'entretien clinique**

Dans le cadre de la consultation psychologique, l'entretien clinique désigne en premier lieu un entretien où le thérapeute se laisse, en partie du moins, guider par les interventions du patient. Il s'agit ainsi d'un entretien semi directif, tout comme peuvent l'être certains entretiens de recherche. À l'instar de ces derniers, s'il s'agit aussi d'un genre hétérogène (il existe de nombreux types d'entretien clinique qui varient selon différentes dimensions, en particulier le degré de structuration de l'entretien), mais qui, au-delà de son hétérogénéité, a pour caractéristique principale de reposer sur des asymétries de statut et de rôle des interlocuteurs et de leur position face à ce qui se dit. (Salazar-Orvig, Grossen, 2008: 37)

L'observation est au fondement de la méthode clinique. Elle est l'aspect le plus fondamental et essentiel de la position clinique dans la pratique de soin comme dans la recherche. (Cicccone, 2019: 35)

✓ **La boîte à médiation**

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-traumatique ou en différé, auprès des enfants rendus muets par le choc ou emprisonnés dans l'indicible du trauma. (Crocq, 2007:181-182).

La boîte à médiation (La mallette) que nous avons conçue nous-même est constituée des objets suivant :

- Deux poupées (une blanche, une noire)
- Une famille d'animaux (lapins, ours) constituée de deux parents et de deux ou trois enfants, dont un bébé.
- D'animaux « méchant » comme un crocodile, un loup, un requin ;
- De personnages articulés (style Playmobil®) : adultes et enfants, sauveteurs, pompiers, médecin, policier, véhicule de secours, de petites voitures ;
- De feutres, de crayons de couleur de feuilles blanches ;
- De pâte à modeler ;
- De quelques livres d'images très simples mettant en scène les émotions de base (peur, tristesse, colère) et la perte d'être chers (animaux de compagnie) et qui s'adressent aux jeunes enfants. (Hariki, Gandelet, 2006: 227).

✓ **Le dessin**

Le dessin chez l'enfant, comme toute autre forme d'expression humaine, révèle ses richesses à celui qui sait adopter une attitude naïve et prudente. Il faudra prendre le dessin pour ce qu'il est, une image, et rien qu'une image, mais en même temps, savoir que cette image est un mode d'écriture complexe dont seule l'analyse rigoureuse nous livrera l'étendue de son pouvoir de signification. (Widlöcher, 1971: 53).

7- Présentation d'une illustration clinique

L'enfant Nabil, âgé de 06 ans, s'est présenté en compagnie de sa maman à notre consultation, pour une prise en charge psychologique suite à un changement important de comportement depuis un mois, qui se caractérise par un isolement, l'expression d'un état de malaise, des comportements agressifs et cela suite au décès de la grand-mère maternelle de cet enfant.

Nabil passait toutes ces journées avec sa grand-mère étant nourissant, elle s'occupait de lui tandis que sa mère partait au travail, Ce dernier a noué de très forts liens avec sa grand-mère, étant scolarisé il partait chez elle à la sortie de son école le temps que sa maman rentre.

Un jour, à la suite d'un accident cérébral, cette grand-mère de 67 ans est décédée brutalement. Ce décès n'a pas été caché pour lui, mais ce jour-là Nabil a été emmener chez une amie à la famille afin qu'il n'assiste pas les funérailles.

Quelques jours passé de l'évènement Nabil posait trop de questions à sa maman à propos de sa défunte grand-mère, surtout concernant la certitude de sa mort dans l'attente de la revoir, Nabil était dans un état confusionnel total, ce qui a impacté ces repères, par la suite ce dernier s'isolait progressivement des autres membres de la famille. Selon la maman son caractère s'est modifié et devenue instable, Son humeur est variable et devenu maussade par moments. Son comportement est plus agité et son recours à des comportements agressifs, son sommeil est perturbé, il a du mal à s'endormir. Manifeste des comportements agressifs vis-à-vis de son entourage,

Son père étant attentif a reconnu les signes d'inquiétude de Nabil, Ce qui témoigne que la maman elle-même est en souffrance et incapable de le contenir et de l'écouter. La demande de soins de la maman était implicite et se portait plus sur les symptômes traumatiques qui lui semblaient étrange.

Lors de notre première rencontre avec la maman et l'enfant, après être à l'écoute de la souffrance et la perception d'une clinique du psycho-trauma chez l'enfant et la maman, Avant d'intervenir nous avons identifié les besoins propres de l'enfant (Age, niveau de développement, état clinique émotionnel...). Après avoir mis en place un cadre contenant et sécurisant aidant la promotion de l'expression des affects. Selon (Bessoles, 2006) Cette régulation nécessite la construction d'un espace de type transitionnel où l'affect puisse s'exprimer sans menace de représailles et sans qu'il soit synonyme d'effondrement psychique irréversible.

À l'encontre de l'attitude de neutralité à adopter dans la plupart des situations cliniques, la très grande majorité des « spécialistes » de l'aide psychologique aux traumatisés s'accordent pour affirmer que la distance émotionnelle, la non-intervention, le silence représentent autant d'attitudes à proscrire, au profit d'une position marquée au contraire par une présence et une implication actives sans lesquelles le traumatisé risque de se trouver renvoyée massivement et de façon insupportable à sa détresse, au sens winnicottien du terme. (Douville, Jacobi, 2009: 113)

Nous avons proposé le dessin libre à Nabil, ce qui nous a semblé utile pour traiter d'abord la question de la perte qui envahit tous l'espace psychique de l'enfant.

Le dessin avait une fonction médiatrice, avait facilité à Nabil à se mettre en contact par son intermédiaire avec une réalité jusque-là inaccessible. Nabil a accepté de dessiner sans nous dire un mot, il avait dessiné une grande maison là où n'y avait aucun personnage à part un petit garçon en train de regarder par la fenêtre. Ce qui peut témoigner son attente pour le retour de sa grand-mère tant attendu.

Le dessin était suivi par un entretien individuel afin de mettre des mots sur les images, ses pensées et émotions, comme le souligne (Daligant, 1997) « La

communauté des êtres parlants), Suite à l'entretien relatif à l'expression de l'image dessinée, Nabil s'est projeté dans le petit garçon et selon lui il attend sa maman à ce qu'elle revienne du travail. Selon Louis Crocq ce que livre l'enfant à travers son dessin est à la fois le reflet de la réalité, tout en permettant des élaborations fantasmatisques de ce qu'il a vécu (Crocq, 2007:202)

La deuxième séance nous avons proposé une boîte à médiation qui contenait des animaux, des personnages, de la pâte à modeler..., Nous avons pris nos précautions lors de l'utilisation de cette boîte afin de faciliter l'entrer en contact avec l'univers psychique blessé de l'enfant et non pas inscrire l'enfant dans une dynamique de répétition du malheur.

L'enfant avait choisi de jouer à la pâte à modeler tout en constituant une famille d'animaux constituer de chat (un chat, une chatte, 2 petits chattons, et un autre petit chat de différent couleur isolé), selon l'enfant le chat différent était malade et demandait de l'aide, ce qui pourrait renvoyait à sa personne lui-même étant dans une souffrance et étant exclu des funérailles de sa grand-mère. Son absence au funérailles de sa grand-mère a accentué sa souffrance et sa difficulté à accepter sa perte. Sachant que le recours à la pâte à modeler mobilise des angoisses intenses chez des enfants encore envahis par l'acuité émotionnelle du choc traumatique (Crocq, 2007: 193)

Au fur et à mesure des entretiens la maman commençait à nous parler de sa difficulté à accepter la perte de sa mère, de son désinvestissement à plusieurs activités qu'elle entreprenait. En parallèle elle a fait des progrès afin de se pencher plus vers Nabil afin de comprendre ses manifestations, ses craintes.

Nabil a commencé progressivement à sortir de son chaos et a pu libérer le trop-plein des émotions accumulées et a suscité la naissance d'une parole créatrice et le retour à un univers symbolique à travers son dessin tout en évoquant les affects et les sentiments de chaque scène.

Et aussi l'apparition de l'expression de son vécu relatif à sa grand-mère, tous cela accompagner d'affect et d'émotion, en disant « Ma grand-mère c'est comme ma mère, c'est elle qui m'a élevé », « Je l'ai pas vue quand elle était morte » tout en éclatant en sanglot. Nous étions contenant et présent pour Nabil afin d'éviter tout effondrement, pour dire que favoriser la reconstitution d'un espace de référence permettant à l'enfant traumatisé d'y exprimer devant un adulte disponible, mais avant tout pour lui-même, la trace psychique de ce qu'il a vécu. (Hariki, Gandelet, 2006:224-225). La boîte à médiation avait des vertus apaisantes favorisant un retour au calme de la pulsionnalité.

Ce qui a caractérisé les dessins de Nabil au cours des séances, c'est sa sortie du caractère stéréotypé et répétitif des figures dessinées en apportant de nouveaux investissements.

La maman avait remarqué une diminution des comportements agressifs et une réouverture vers le monde extérieur comme son intérêt pour les jeux collectifs. Du côté de la maman elle avait constaté une amélioration de sa qualité de relation au sein du couple et même avec ses enfants.

✓ Discussion

Les manifestations de Nabil des troubles de comportements, la reviviscence, l'évitement, font partis de la clinique du trauma chez l'enfant. Le trauma avait comme effet la stérilisation du langage et de la parole de Nabil, c'est ce qui a caractérisé les premières séances.

L'évènement traumatique quand il est présent dans la famille, cela impacte tous ses membres, Selon (Delage, 2002) avance l'idée d'une altération de la base de sécurité dans la famille, d'une déstabilisation du fonctionnement familial et d'un blocage du cycle de la vie.

Ce qui peut expliquer l'apparition des comportements violents et agressifs de Nabil c'est relié au comportement familial qui visait à accrédiéter que « c'est fini » et que « tout est comme avant » comme le souligne (De Clercq, Lebigot, 2001: 322).

Nous étions prudents dans la proposition de dessin en évitant d'imposer le dessin des scènes traumatiques. Nous avons eu recours au dessin libre car ce dernier a une fonction de passage du réel brut de l'évènement traumatique à la réalité psychique construite de son souvenir (Crocq, 2007:203), le dessin avait un support pour la verbalisation de l'enfant.

Le jeu détient une place centrale dans la symbolisation du monde de l'enfant, en lui ouvrant l'accès au langage, comme en témoignent de nombreuses théories sur le développement. il sera de ce fait un outil de choix pour le thérapeutique confronté à un enfant encore choqué et exclu du langage. (Crocq, 2007:196). Le jeu a aidé Nabil a extériorisé ses craintes et ses préoccupations, accompagné de beaucoup d'émotions.

Notre intervention était d'apporter un cadre rassurant, en encourageant la circulation des affects, de la parole et des émotions, en adoptant une attitude empathique et disponible. C'est ce qui a aidé la maman affectée par l'évènement à renouer un attachement sécurisant avec fils Nabil, qui avait apporté une aide considérable à ce dernier.

La thérapie avait comme objectif un travail quasiment « réparateur » et avait facilité l'élaboration des pertes d'objets, Nous avons utilisé le langage comme moyens de symbolisation d'une expérience innommable à travers des médiateurs comme le dessin, le jeu.

Conclusion

L'évènement traumatique est un moment de rupture, un temps hors temps : la prise en charge en immédiat permet de limiter ce temps de rupture en réinscrivant l'évènement traumatique dans une temporalité contenant.

Pour accompagner les enfants exposés à un évènement traumatique, il importe de se mettre à hauteur d'enfant et de chercher des ressources individuelles et groupales pour les soutenir et leur permettre de se figurer l'impensable, la mort et ses conséquences. L'enfant pris en charge seul, mais aussi le groupe fratrie, le groupe de pairs, le groupe familial peut alors participer au maillage humanisant indispensable pour survivre psychiquement face au

trauma. Il s'agit de leur offrir des espaces transitionnels où toute l'horreur vécue pourra être décryptée, élaborée, supportée, sans crainte d'effondrement.

Bibliographie

- Bessoles, P. (2006). Interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques, *L'information psychiatrique*, 3(82), 231-237.
- Boudoukha, A.H. (2009). *Burn out et traumatismes psychologiques*, Paris: Dunod.
- Ciccone, A. (2019). *Recherche en psychopathologie de l'enfant*, France: Erès.
- Crocq, L. (2012). *Seize leçons sur le trauma*, Paris: Odile Jacob.
- Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes*, France: Masson.
- Cyrulnik, B. (2011). *Quand un enfant donne la mort*, Paris, France: Odile Jacob.
- Delage, M. (2001). Répercussion familiales du traumatisme psychique Conséquence pour une intervention thérapeutique, *Revue francophone du stress et du trauma*, 2(2), 69-77
- Douville, O., et Jacobi, B. (2009). *10 entretiens en psychologie de l'adulte*, Paris, France: Dunod.
- Ducrocq, F., et Crocq, L. (2007). *Urgences*, France: SAMU de France.
- Hariki, S., et Gandelet, J.P. (2006), La valise d'urgence médico-psychologique pour enfant – une boîte à méditation portable-, *Stress et Trauma*, 4(06), 221-230.
- Laurent, A.(2012), Les équipes mobiles d'urgence et de réanimation face aux interventions potentiellement traumatiques, *Annales médico-psychologique*, AMEPSY-1563,1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2012/03.015>
- Nérette, P.A, Jourdan-Ionescu, C. et Milot, T. (2018), Le jeu post-traumatique: construit théorique dans l'évaluation du traumatisme psychologique chez Les jeunes enfants, *Revue québécoise de psychologie*, 39 (2), 93-113. <https://doi.org/10.7202/1051223ar>
- Olliac, B, (2012). Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 60 (2012), 307–314.
- Romano, H. (2013). Prise en charge médico-psychologique immédiate des enfants et adolescents exposés à un événement traumatique ; *Cliniques*, 1(05), 166-182.
- Romano, H. (2010). Traces du trauma dans les « jeux » d'enfants victimes d'événements traumatiques, *Le journal des psychologues*, 6 (279) ,57-61. <https://doi.org/10/3917/jdp.279/0057>
- Salazar-Orvig, A., et Grossen, M. (2008). Le dialogisme dans l'entretien clinique, *Langage et société*, 1(123),37-52.
- Taieb, O., Baubet, T. et Pradere, G. (2004). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-200-G-60.
- Widlocher, D. (1971), *L'interprétation des dessins d'enfants*, Bruxelles: Dessart.