

LE PSYCHOTRAUMA DE L'ENFANT

LILIANE DALIGAND*

RÉSUMÉ

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 et en ont fait de fines observations cliniques, en particulier du "jeu" post-traumatique. Mais les descriptions du psychotrauma de l'enfant sont beaucoup plus récentes. Toutes les études permettent d'affirmer que l'âge ne protège pas l'enfant des conséquences d'un événement traumatique. L'enfant face à la violence d'une situation peut être dans une détresse qui se manifeste par des symptômes classiques de psychotrauma.

MOTS-CLÉS

psychotrauma, enfant, jeu post-traumatique.

SUMMARY: THE PSYCHOTRAUMATISM OF THE CHILD

The children's suffering was minimized for a long time. Only some psychoanalysts during inter-war period worried about dramatic consequences of the events lived by the children and made it of fine clinical observations, in particular the "posttraumatic game". But the descriptions of the child's psychotrauma are much more recent. All the studies allow to assert that the age does not protect the child of the consequences of a traumatic event. The child in front of the violence of a situation can be in a distress which shows itself by classic symptoms of psychotraumatism.

KEY WORDS

psychotraumatism, child, posttraumatic game.

Pour qu'un psychotrauma advienne chez l'enfant, il faut, comme pour l'adulte, qu'il ait vécu ou ait été témoin d'un événement impliquant un risque de mort ou de blessure grave avec menace à l'intégrité physique. L'enfant est envahi alors par l'effroi, la terreur, un sentiment d'impuissance. Ceci implique que le concept de mort soit intégré par l'enfant. Or la question de l'âge de l'acquisition de ce concept est souvent posée. Pour certains ce ne serait que vers dix-11 ans. Pourtant, l'expérience clinique nous apprend que la maîtrise de ce concept est progressive et souvent précoce. Des enfants de quatre-cinq ans parlent de la mort comme d'un phénomène irréversible et universel : "alors moi aussi je peux mourir tout de suite, maintenant et pour toujours", dit un petit garçon de cinq ans qui ne présente aucune maladie qui pourrait lui faire redouter une mort prochaine ; "je ne voudrais jamais mourir. Je voudrais être un livre car les livres ne meurent jamais", dit une petite fille de cinq ans, également en bonne santé.

En cas d'atteinte à son intégrité physique, ou de menace à cette intégrité, un enfant en bas âge peut croire à l'existence possible d'une réparation, à la manière dont un jouet peut être réparé, un ours recousu, une jambe recollée. L'impossibilité de ce type de réparation pour un corps humain peut avoir un effet traumatique chez l'enfant qui la découvre.

Le développement psycho-intellectuel de l'enfant intervient sur sa prise dans l'événement. Des facteurs jouent un rôle sur cette perception : la maturité des organes des sens, le développement des capacités motrices et langagières. Si la perception auditive est très fine chez le bébé, la vision ne l'est qu'à faible distance, ce qui peut le protéger de l'envahissement par des images visuelles traumatiques, alors que de faibles sons peuvent générer des images sonores traumatiques.

L'acquisition de la marche, des capacités motrices, permet à l'enfant de ne plus être totalement dépendant ; il peut se mouvoir, se cacher, bouger, éloigner des objets dangereux, trouver ce qui lui manque. L'enfant qui peut se déplacer, écarter le danger, ne percevra plus une situation comme terrorisante.

L'enfant qui a acquis le langage peut se faire entendre, comprendre ce qui lui est dit alors que le bébé ne peut que crier son désarroi, sa peur. Lorsqu'il est capable de dire quelques mots, il peut appeler à l'aide, dire ce qui s'est passé. La mise en mots lui permet de sortir du chaos traumatique.

*Professeur de médecine légale, Université Lyon 1,
Psychiatre des hôpitaux, CHU de Lyon
Expert près la Cour d'appel de Lyon, France

La présence ou l'absence des parents lors de l'événement traumatique est un facteur important à

prendre en considération. En effet, l'absence des parents met l'enfant dans l'isolement, sans protection, ce qui aggrave l'effraction traumatique ; le sentiment d'abandon peut être intense et le priver de tout recours. Si les parents sont présents, leurs réactions émotionnelles, le calme ou l'angoisse, se transmettent à leur enfant. Il vit ce que vit l'adulte tuteur. Le trauma parental peut être en partie le vecteur du trauma de l'enfant. Mais l'adulte qui n'est pas anéanti, qui reste dans le langage et la parole tout au long de l'événement en présence de son enfant, le protège de la néantisation. C'est le cas des mères soumises au viol, leur bébé dans les bras, qui n'arrêtent pas de lui adresser des paroles d'apaisement et qui restent ainsi avec l'enfant dans l'humanité.

LA CLINIQUE SELON L'ÂGE DE L'ENFANT

Lionel Bailly a décrit quatre phases cliniques chez l'enfant victime, selon son stade de développement ⁽¹⁻³⁾.

DE LA NAISSANCE À UN AN, UN AN ET DEMI

L'enfant ne marche pas, ne parle pas ; il a une pensée conceptuelle peu développée, en particulier en ce qui concerne la mort ou l'intégrité physique. Une séparation brutale prive l'enfant de tout recours, de toute protection, de toute consolation. Il est dans une totale impuissance. L'expérience du chaos laisse l'enfant débordé par des perceptions sensorielles violentes, non filtrées par des adultes. Les bruits assourdissants, les cris, la douleur, la faim, la chaleur, le froid intense, sans mots, peuvent être traumatogènes. Les manifestations se perçoivent dans le retrait, les pleurs, les troubles du sommeil, de l'appétit, les retards dans le développement ou la régression.

LES JEUNES ENFANTS

L'enfant parle, marche, ne maîtrise pas encore la pensée abstraite et est très sensible à la réaction parentale. Le trauma est la conséquence de l'effroi vécu par l'enfant, mais aussi de la terreur de l'adulte impuissant. La perte de la croyance en l'invulnérabilité parentale, en l'infailibilité de sa protection, aggrave l'impact traumatique. Les symptômes sont multiples, touchant l'appétit, le sommeil, le jeu, l'humeur, et s'accompagnent de honte, de retard du développement.

Pour les enfants de la naissance à trois ans, une liste de symptômes de stress post-traumatique a été établie par un groupe de cliniciens américains selon une classification diagnostique de symptômes liés à un seul événement, à une série d'événements traumatiques connexes ou à un stress

chronique, durable :

A – Reviviscence du traumatisme qui se révèle par : jeu post-traumatique (jeu dont la dimension de plaisir est absente, jeu qui répète directement ou indirectement l'événement), souvenirs fréquents de l'événement traumatique en dehors du jeu, cauchemars répétés, détresse aux rappels du traumatisme, reviviscence ou conscience dissociée.
B – Engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement : retrait social accru, registre émotionnel limité, perte momentanée de capacités développementales acquises auparavant, diminution du jeu.

C – Symptômes d'éveil augmenté : terreurs nocturnes, difficultés à s'endormir, réveils nocturnes répétés, troubles significatifs de l'attention, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée.

D – Symptômes non présents antérieurement : agression envers les pairs, les adultes ou les animaux, angoisse de séparation, peur d'aller seul aux toilettes, peur du noir, autres peurs nouvelles, comportement défaitiste ou provocation masochiste, comportements de nature sexuelle et agressive, autres réactions non verbales, par exemple symptômes somatiques, reviviscences motrices (raideur, pseudo-paralysie, chute...), stigmates cutanés, souffrance ou maintien de positions douloureuses.

L'ENFANT QUI A ACCÉDÉ À LA PENSÉE ABSTRAITE

Chez cet enfant, le caractère mortifère d'un événement à le même pouvoir traumatique que chez l'adulte. L'enfant est confronté à la possibilité de destruction de certaines valeurs : la justice, la bonté, la vérité. On retrouve souvent chez ces enfants un état dépressif avec culpabilité, difficultés scolaires, asthénie.

L'ADOLESCENT

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.

LES FORMES CLINIQUES SELON LE TYPE DE TRAUMA

Certains auteurs, dont Lenore Terr ⁽⁴⁾, distinguent deux tableaux cliniques selon le type d'événement unique ou multiple. Mais cette distinction paraît souvent artificielle et parfois trompeuse. Il serait dangereux d'affirmer la nature d'un événement à partir d'un symptôme.

LE TRAUMA DE TYPE I

Il survient chez l'enfant après un événement unique, soudain, brutal, limité dans le temps : agression, accident, prise d'otage, catastrophe naturelle par exemple. L'apparition des troubles est souvent rapide : reviviscence, évitement, hyperactivité neurovégétative. La reviviscence de l'événement se manifeste par des jeux répétitifs, des remémorations quasi hallucinatoires, des cauchemars à thème non spécifique. L'évitement des stimuli associés au traumatisme est fréquent : l'enfant s'efforce d'éviter les pensées et sentiments liés à l'événement. L'hyperactivité neurovégétative associe troubles du sommeil, irritabilité, impulsivité, difficultés de concentration, hypervigilance, accompagnés souvent de maux de tête ou de douleurs abdominales.

LE TRAUMA DE TYPE II

À la suite d'une exposition prolongée ou répétée à des événements majeurs, il se manifeste de manière particulière avec refoulement, déni, dissociation (les symptômes dissociatifs se caractérisent par une réduction de l'état de conscience, une focalisation ou un émoussement émotionnel avec un sentiment de détachement par rapport à l'environnement), selon la typologie clinique dégagée par Terr. Il se rencontre dans la maltraitance physique ou sexuelle, mais aussi chez les enfants témoins ou victimes de violences conjugales parentales, chez les enfants qui ont vécu la guerre, la torture, l'internement dans des camps. On peut retrouver les symptômes classiques du trauma psychique, avec des troubles associés : dépression, silence obstiné par respect du secret concernant ces violences pouvant aller jusqu'au déni massif de tout ce qui concerne le trauma, inhibition intellectuelle, émoussement affectif, détachement, restriction des intérêts et des relations. Les plaintes somatiques sont fréquentes (douleurs, eczéma, asthme, pelade...), ainsi que l'amnésie avec absence de tout souvenir d'enfance, indifférence à la douleur, automutilation, tentative de suicide, troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), toxicomanie, prostitution, conduites antisociales, délinquance.

ÉVOLUTION

Tous les enfants exposés à un événement ne développent pas un syndrome psychotraumatique ; une réaction adaptée au stress ne signifie pas que l'évolution se fera vers la pathologie. Mais l'intensité et la nature de la réaction immédiate peuvent être prédictives de symptômes psychotraumatiques durables qui se chronicisent en fonction des capacités de l'enfant, de son histoire, de son entourage, du soutien familial et social. Parmi les facteurs de risque, on trouve des antécédents traumatiques chez l'enfant ou chez ses parents, l'absence d'un adulte

masculin à la maison, une mère hyperprotectrice, une famille conflictuelle, désunie, mal intégrée socialement.

Le devenir à long terme du psychotrauma de l'enfant peut être marqué par la persistance des symptômes sous la forme de séquelles parfois invalidantes : dépression, suicide, douleurs chroniques, addictions, modifications durables de la personnalité. Les complications psychosociales sont fréquentes : isolement, errance, délinquance, marginalisation, difficultés d'acquisition scolaire et professionnelle.

CONCLUSION

Contrairement aux idées reçues, le psychotrauma de l'enfant est fréquent, peut être grave et donner lieu à des séquelles maintenant mieux identifiées par les cliniciens et confirmées par des études récentes. Il est donc indispensable d'être attentif aux symptômes psychotraumatiques chez l'enfant, même bébé, et de mettre en place une prise en charge précoce tenant compte de sa souffrance et de celle de son entourage.

Si les faits à l'origine du psychotrauma constituent une infraction, un processus judiciaire peut débuter après leur révélation même tardive, si le délai de prescription l'autorise. Le traitement judiciaire peut alors s'articuler au traitement médico-psychosocial, accélérant ainsi l'évolution et la réparation. Ce n'est pas l'indemnisation qui est première dans la réparation des victimes, mais le processus judiciaire qui leur permet de ne pas se confondre avec l'auteur des faits. Seule la justice pénale tranche entre victime et coupable. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - BAILLY L. Les catastrophes et leurs conséquences traumatiques chez l'enfant. Paris : ESF, 1996.
- 2 - BAILLY L. Psychotraumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théoriques. *Nervure* 1999 ; 12 : 20-25.
- 3 - BAILLY L. Les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant. In : Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR. Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire. Paris : Dunod, 2003 : 193-202.
- 4 - TERR L. Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 1991 ; 148 : 10-20.

Autres références consultées

- BAUBET T, LACHAL C, OUSS-RYNGAERT L, MORO MR. Bébés et traumas. Grenoble : La Pensée sauvage, collection Trauma, 2006.
- DALIGAND L. L'enfant et le diable. Accueillir et soigner les victimes de violences. Paris : l'Archipel, 2004.
- DALIGAND L. La parole de l'enfant en justice. In : Françoise Dolto aujourd'hui présente, 10 ans après. Actes du Colloque de l'UNESCO, 14-17 janvier 1999. Paris : Gallimard, 2000.
- DALIGAND L. La dépression post-traumatique chez l'enfant. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2000 ; 1 (1) : 27-31.
- DALIGAND L. La parole de l'enfant victime, entre crédibilité et crédulité. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2006 ; 6 (2) : 63.
- DAMIANI C (sous la direction). Enfants victimes de violences sexuelles : quel devenir ? Revigny-sur-Ornain : Éditions Hommes et Perspectives, 1999.
- DE CLERCQ M, LEBIGOT F (sous la direction). Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. Conséquences des maltraitances sexuelles, reconnaître, traiter, prévenir. Conférence de consensus, novembre 2003. Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext, 2004.
- HAESEVOETS YH. L'enfant en questions : de la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuels. Bruxelles, Paris : De Boeck Université, 2000.
- LAMBRICHS L. Puisqu'ils n'en diront rien. La violence faite au bébé. Paris : Bayard, 2009.
- MANCIAUX M. L'enfant et la résilience. *Bulletin des Médecins Suisses* 2000 ; 81 (24) : 1319-1322.
- PORCARA-RIPPOL E. La parole de l'enfant dans le processus judiciaire [Mémoire Master II recherche]. Montpellier : Faculté de droit de Montpellier I, 2004-2005.
- ROSENCZVEIG JP, VERDIER P. La parole de l'enfant. Aspects juridiques, éthiques et sincérité. Paris : Masson, 1996 : 150.
- SADLIER K. Exposition chronique des enfants à la violence socio-politique. *Psychologie Française* 1997 ; 42-43 : 229-236
- SPIEGEL D, PALESH O. Trauma dans l'enfance et désir de vivre à l'âge adulte. *Revue francophone du Stress et du trauma* 2008 ; 8 (3) : 197-204.
- VILA G, MOUREN-SIMEONI MC. États de stress post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsych News* 2003 ; (Spécial, mars).