

DES LIEUX SÛRS POUR DES ENFANTS ÉPANOUIS

Mettre en place des
pratiques de prise
en charge sensibles
aux traumatismes
vécus par les
enfants

GUIDE
PRATIQUE



SOS CHILDREN'S
VILLAGES

CELCIS

Centre for excellence
for Children's Care and Protection



Co-funded by the Rights,
Equality and Citizenship
(REC) Programme of the
European Union



Safe
Places
Thriving
Children



Des lieux sûrs pour des enfants épanouis

Mettre en place des pratiques de prise
en charge sensibles aux traumatismes
vécus par les enfants

**GUIDE
PRATIQUE**



Safe
Places
Thriving
Children

MENTIONS LÉGALES

© SOS Villages d'Enfants International et CELCIS, Centre for Excellence for Children's Care and Protection, Université de Strathclyde, 2021

Publié en Autriche par SOS Villages d'Enfants International

Première édition publiée en avril 2021

Tous droits réservés. Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite, stockée ou transmise, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable de SOS Villages d'Enfants International et du CELCIS ; ou conformément aux conditions expressément autorisées par la loi ; ou selon des termes convenus avec l'organisation de droits de reproduction compétente. Les demandes de renseignements concernant la reproduction hors des cadres mentionnés ci-dessus doivent être envoyées en premier lieu à SOS Villages d'Enfants International à l'adresse ci-dessous.

SOS Villages d'Enfants International

Hermann-Gmeiner-Str.51

A-6020 Innsbruck

Autriche

Email: train4childrights@sos-kd.org

Citations

Les citations de jeunes adultes ayant bénéficié d'une prise en charge dans un service d'hébergement agréé par l'aide à la jeunesse, et de professionnels/intervenants sociaux incluses dans le Guide pratique proviennent des réponses aux questionnaires réalisés lors de la phase d'évaluation, menée dans les six pays partenaires participant au projet « Des lieux sûrs pour des enfants épanouis : Mettre en place des pratiques de prise en charge sensibles aux traumatismes vécus par les enfants » (2020-2022).

Conception et mise en page

Bestias Design

Illustrations

Stipe Kalajžić

Rédaction

Centre for Excellence for Children's Care and Protection (CELCIS)



Merci aux joueurs de la Loterie Nationale pour leur soutien financier ayant permis l'impression de cette publication.



Cette publication a été réalisée avec le concours de l'Union européenne. Le contenu de la présente publication relève de la responsabilité exclusive de SOS Villages d'Enfants International et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant l'opinion de l'Union européenne.

REMERCIEMENTS

SOS Villages d'Enfants International et le CELCIS tiennent à remercier toutes les personnes qui ont participé à ce projet.

ÉQUIPE PROJET AU NIVEAU DES PARTENAIRES

CELCIS: Linda Davidson, Marian Flynn, Miriana Giraldi, Sarah Hume-Anthony, Ian Milligan, Leanne McIver, Susan Reid, Irene Stevens.

SOS Villages d'Enfants International: Teresa Ngigi, Francine Stansfield, Lubos Tibensky, Florence Treyvaud-Nemtsov, Elisabeth Ullmann-Gheri.

SOS Villages d'Enfants Belgique: Annelien Coppieters, Adeline Puerta, Kristien Schoenmaeckers.

SOS Villages d'Enfants Bulgarie: Denitsa Avramova, Marin Zarkov.

SOS Villages d'Enfants Croatie: Ljiljana Ban, Krešimir Makvić, Kruno Topolski.

SOS Villages d'Enfants Grèce: Kostas Papadimitropoulos, Patricia Schoenweitz.

SOS Villages d'Enfants Hongrie: Edit Koles, Orsolya Szendrey.

SOS Villages d'Enfants Serbie: Jelena Tanasijević, Nikola Tanasković.

SOS Villages d'Enfants International tient à remercier tout particulièrement la DG Justice de la Commission européenne pour son soutien financier et son assistance au long cours dans la réalisation du projet.

AVANT-PROPOS

Le présent Guide pratique a été élaboré dans le but de contribuer aux connaissances et aux compétences des professionnels de l'enfance et de la jeunesse travaillant avec des enfants et des jeunes ayant subi des traumatismes de l'enfance et pris en charge dans un service d'hébergement agréé. Ce Guide est né d'un constat : bien que nous sachions que les enfants bénéficiant d'une prise en charge soient particulièrement susceptibles d'avoir subi des traumatismes, la manière dont ils en sont affectés n'est pas toujours bien comprise.

De nombreux facteurs influencent la guérison des traumatismes, mais des relations stables et enrichissantes avec les adultes constituent un élément essentiel pour aider les enfants et les jeunes à en surmonter les effets. Les entretiens menés dans le cadre de précédents projets cofinancés par l'UE et dirigés par SOS Villages d'Enfants International ont démontré que les jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge dans un service d'hébergement agréé par l'aide à la jeunesse veulent se sentir pris en charge, tout en reconnaissant la nécessité de respecter des limites professionnelles.

Les traumatismes les plus dévastateurs se produisent au sein de relations, mais ce sont bien des relations saines qui permettent de se reconstruire. Le présent guide pratique explique les mécanismes à l'œuvre et propose des conseils utiles sur la façon de travailler avec les traumatismes.

Le présent guide est issu d'un projet de collaboration financé par la Commission européenne – *Des lieux sûrs pour des enfants épanouis – Mettre en place des pratiques de prise en charge sensibles aux traumatismes vécus par les enfants* – qui vise à améliorer la compréhension et la pratique des personnes qui s'occupent des enfants vivant dans des structures d'hébergement agréées et travaillent avec eux sur la question des traumatismes – et plus particulièrement sur leur impact psychosocial. Ce projet est un partenariat entre SOS Villages d'Enfants International, le CELCIS (*Centre of Excellence for Children's Care and Protection*) de l'Université de Strathclyde en Écosse et les associations nationales de SOS Villages d'Enfants en Belgique, Bulgarie, Croatie, Grèce, Hongrie et Serbie.

Le projet est constitué de plusieurs composants interdépendants. Ceux-ci comprennent:

- Une phase d'évaluation entreprise avec des jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge dans un service d'hébergement agréé par l'aide à la jeunesse, ainsi que des professionnels qui s'occupent d'eux et travaillent avec eux. Cette évaluation a été réalisée par le biais de questionnaires et d'une étude documentaire.
- Le présent guide pratique.
- Un programme de sensibilisation en ligne.
- Un certain nombre d'outils de formation, y compris un programme de formation des formateurs, ainsi que des outils de formation pour les professionnels qui s'occupent des enfants et travaillent avec eux dans les six pays partenaires du projet.
- Un plan de développement organisationnel visant à guider l'intégration d'une pratique sensible aux traumatismes dans les organisations et les structures.

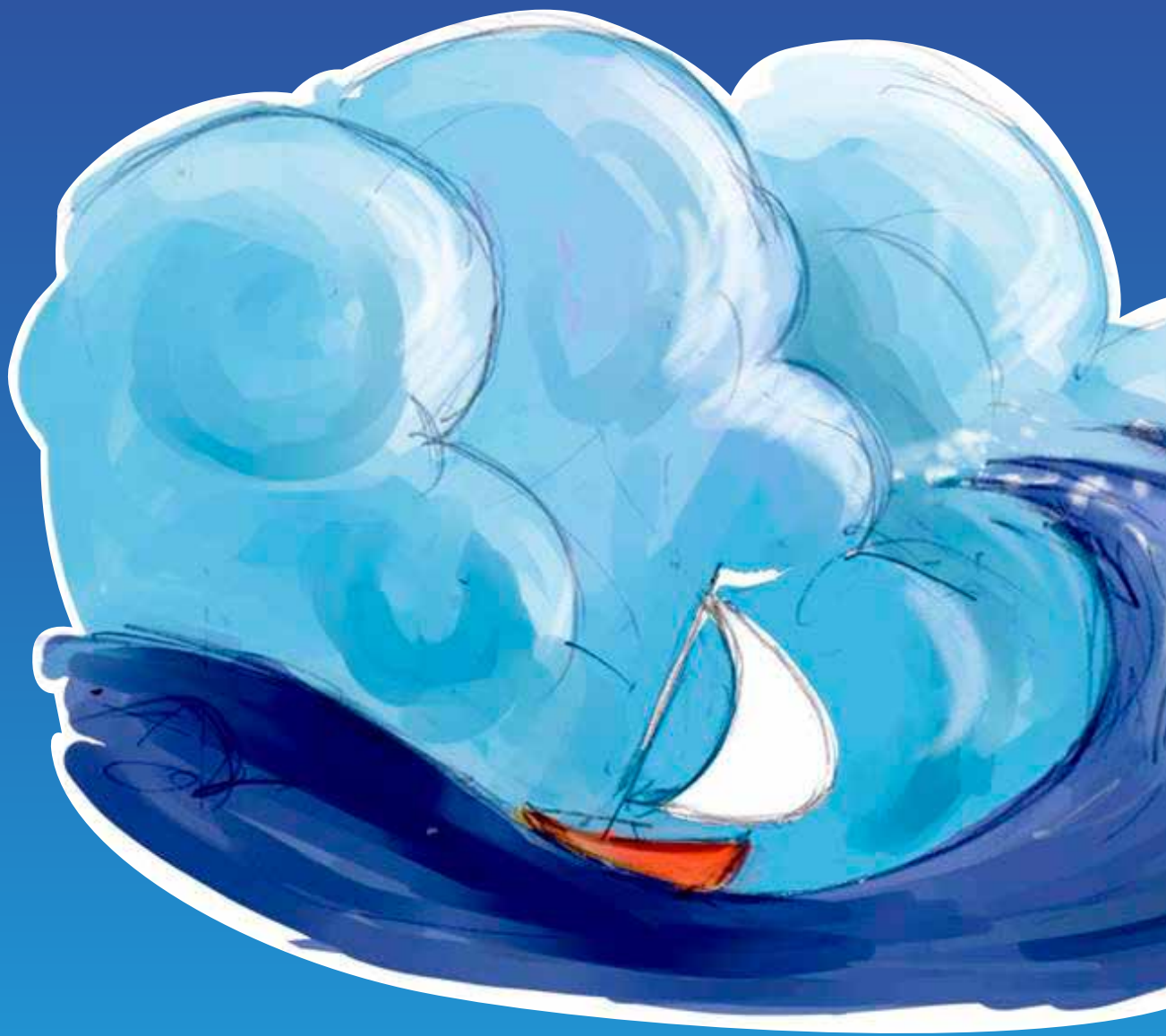
Il est donc recommandé de ne pas utiliser le présent guide pratique indépendamment de ces autres composantes.

NOTE : Les mots et les phrases en verts avec un soulignement ondulé se trouvent dans le **Glossaire** à la fin du guide pratique."

TABLE DES MATIÈRES

Chapitres

1 Introduction du guide pratique	8
2 Principes du guide pratique	14
3 Les traumatismes et leurs contextes	20
3.1 Les facteurs qui influencent notre compréhension des traumatismes	20
3.2 Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner	21
3.3 Identifier les traumatismes à l'échelle des groupes sociaux	23
3.4 Comment les traumatismes se manifestent-ils dans les environnements de protection de l'enfance ?	26
4 Comprendre notre réponse humaine aux traumatismes	30
4.1 Catégorisations des traumatismes	30
4.2 Quelques définitions du traumatisme	31
4.3 Pourquoi et comment le corps humain répond-il aux traumatismes ?	33
4.4 La théorie de vulnérabilité latente	38
4.5 Les facteurs influençant les réponses des individus aux traumatismes	39
4.6 La fenêtre de tolérance : Une manière de comprendre les réponses aux traumatismes	40
5 Le traumatisme complexe et son impact sur le développement de l'enfant	48
5.1 Composantes essentielles du développement psychosocial des enfants	48
5.2 Autisme et mentalisation	52
5.3 L'impact psychosocial potentiel des traumatismes sur le développement des enfants	53
5.4 Comment les traumatismes peuvent se manifester chez les enfants	57
5.5 Faire preuve de compassion envers les parents	61
6 Ce que nous ont dit les jeunes et les personnes qui s'occupent d'eux et travaillent avec eux	66
6.1 Grandes lignes de la phase d'évaluation et avertissements	66
6.2 Ce qui a aidé les jeunes, selon eux	67
6.3 Ce que nous ont dit les personnes qui s'occupent d'enfants et travaillent avec eux	70
7 La pratique sensible aux traumatismes dans la prise en charge quotidienne	78
7.1 Éléments constitutifs d'une pratique sensible aux traumatismes	78
7.2 Mise en pratique de la théorie	79
8 Prendre soin des intervenants sociaux : Maintenir les bonnes pratiques dans les cadres de prise en charge	98
8.1 L'impact des traumatismes sur les personnes qui travaillent avec des enfants	98
8.2 Problématiques spécifiques des adultes responsables en contact direct avec les enfants	99
8.3 Problématiques spécifiques des adultes responsables en contact indirect avec les enfants	100
8.4 Élaborer des réponses organisationnelles sensibles aux traumatismes	100
Annexes	
1. Glossaire des termes non expliqués dans le texte	106
2. Sites Web utiles	113
3. Idées/outils pour susciter la connexion et la régulation	115
4. Lectures supplémentaires conseillées	119



CHAPITRE 1



Introduction



CHAPITRE 1

INTRODUCTION

« Dans ma formation, on ne m'a jamais expliqué comment les traumatismes de l'enfance ont un impact sur le développement de l'enfant et sa vie d'adulte. » (Citation d'un professionnel, phase d'évaluation, 2020).

« Un enfant traumatisé est particulièrement vulnérable. Il faut comprendre cela. » (Citation d'un jeune, phase d'évaluation, 2020).

L'objectif du présent guide pratique est d'améliorer la compréhension et la pratique en ce qui concerne le travail avec les traumatismes vécus par les enfants pris en charge dans un service d'hébergement agréé par l'aide à la jeunesse. Il s'adresse principalement aux personnes qui s'occupent des enfants ou travaillent directement avec eux, mais il s'adresse également à un plus grand nombre de professionnels : dirigeants, responsables des budgets, décideurs politiques, etc. dont les fonctions façonnent et régissent la manière dont les enfants sont pris en charge dans leur vie quotidienne.

Un précédent projet cofinancé par l'UE et conduit par SOS Villages d'Enfants International¹ indiquait que **les traumatismes et les besoins psychosociaux et de santé mentale des enfants ne sont pas bien compris** et qu'il est nécessaire d'améliorer la compréhension des traumatismes pour ceux qui s'occupent d'enfants ou travaillent avec eux dans des contextes de prise en charge dans un service d'hébergement agréé. L'expérience montre par ailleurs que, trop souvent, les bonnes pratiques sont uniquement le fait d'individus engagés. Une évolution systémique au niveau organisationnel, encouragée par la législation et les orientations des autorités territoriales et nationales, est le meilleur moyen de s'assurer que les traumatismes seront véritablement pris en compte et systématiquement intégrés dans la pratique.

Ce guide pratique a été conçu pour remplir deux fonctions claires:

- 1. Fournir une assistance en continu en tant que document de référence** pour aider les personnes qui s'occupent d'enfants pris en charge ayant subi des traumatismes à identifier et à comprendre les traumatismes, afin de commencer à gérer leurs conséquences.
- 2. Intégrer un programme de formation et de changement plus large** visant à faire évoluer les pratiques, les orientations et la législation. Pour cela, il a été conçu de manière à pouvoir être applicable et adaptable aux pays participants et s'intégrer aux autres composantes du projet « Des lieux sûrs pour des enfants épanouis ».

¹ "Prepare for Leaving Care: A Child Protection System that works for Professionals and Young People" (2017-2019).

Ce guide pratique prend en compte le fait que **de bonnes pratiques existent dans chacun des pays participants** et que les lecteurs auront **des niveaux de connaissance et d'expérience variables**. Pour les personnes disposant de peu ou pas de connaissances sur le sujet, nous espérons qu'il fournira une base de connaissances et de suggestions utiles pour la pratique. Pour les personnes disposant d'une bonne base sur le sujet, nous espérons qu'il vous encouragera à l'aborder avec un regard neuf et à explorer les manières dont les connaissances peuvent être exploitées pour repenser la pratique et être mises en œuvre plus efficacement. En la matière, le guide a trois objectifs essentiels:

- Tout d'abord, il vise à **renforcer la compréhension des traumatismes d'un point de vue psychosocial** et les différentes manières dont ils ont un impact négatif sur le développement des enfants.
- Ensuite, il **encourage les lecteurs à réfléchir** à ce qu'ils peuvent accomplir dans leur propre contexte, au sein de leur propre culture, pour développer des relations chaleureuses et enrichissantes dans le cadre desquelles les enfants peuvent être accompagnés pour faire les premiers pas dans leur parcours de reconstruction.
- Enfin, il fournit **des outils et des informations** destinés à promouvoir la réflexion sur les ingrédients constitutifs d'une prise en charge quotidienne de qualité en tant que condition préalable permettant aux enfants d'exprimer pleinement leur potentiel.

Du fait de la nature complexe des traumatismes, **aucun organisme ne peut espérer couvrir à lui seul tous les besoins des enfants ou leur apporter tout le soutien nécessaire**. Les besoins des enfants doivent être considérés de manière **holistique**, c'est-à-dire que ce sont les besoins de l'enfant en tant que personne qui doivent être envisagés. De ce fait, ce guide pratique encourage **les organismes et les professionnels à planifier et travailler ensemble pour développer une compréhension partagée** de l'impact des traumatismes de la petite enfance et à **travailler en collaboration** pour s'assurer que les soutiens et services nécessaires sont disponibles.

Du point de vue structurel, le guide est divisé en deux parties distinctes. Les Chapitres 2 à 5 **mettent l'accent sur la compréhension** des différentes manières d'envisager les traumatismes et les facteurs qui influencent leur impact. Les Chapitres 6 à 8 se concentrent davantage sur **la pratique concrète**, en examinant d'abord le retour d'information que nous ont fourni les jeunes et les professionnels dans le cadre de la phase d'évaluation. En plus du contenu, certaines icônes vous inviteront à approfondir certains points:



Éléments à prendre en compte: questions de réflexion à utiliser individuellement ou en groupe.



Commentaires: courtes interventions des auteurs sur les questions de réflexion posées dans les « Éléments à prendre en compte ».



Regarder + réfléchir: Suggestions de documents vidéo supplémentaires susceptibles d'améliorer la compréhension du lecteur. (Les vidéos sont en anglais.)



Lire + réfléchir: Des documents supplémentaires à partir desquels le lecteur peut en apprendre davantage sur les sujets. (Ce matériel est principalement en anglais.)

LIMITES DU PRÉSENT GUIDE PRATIQUE

Avant de poursuivre, il est important de prendre en considération les limites du présent guide pratique.

1. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité du sujet dans son ensemble, ce document **ne peut pas couvrir tous les détails d'une thématique donnée**. Cela étant, son objectif est de fournir un cadre cohérent sur lequel s'appuyer et encourageant une exploration plus approfondie.
2. Ce guide pratique s'appuie sur **une documentation scientifique et pratique relative aux traumatismes qui est à la fois substantielle et évolutive, et présente encore de nombreuses lacunes**. Plus particulièrement, le concept de pratique sensible aux traumatismes est relativement nouveau et évolutif ; et les conclusions initiales ne font pas consensus.²
3. Selon l'âge de l'enfant et la nature des traumatismes, leur apparition et leurs effets peuvent être **stockés dans le subconscient de l'enfant**. Ainsi, la probabilité que cela se produise est plus grande si un enfant subit un traumatisme avant l'acquisition du langage. Les suggestions proposées par ce guide pratique ne remplacent donc pas le soutien thérapeutique d'un spécialiste capable de travailler avec les enfants à ce niveau subconscient. Les meilleures pratiques suggèrent que l'implication de praticiens qualifiés en santé mentale du développement dans l'évaluation et la planification d'une prise en charge impliquant de multiples intervenants offre la meilleure possibilité de répondre aux besoins holistiques des enfants.
4. Ce guide pratique **fait uniquement référence de manière ponctuelle aux catégories de diagnostic clinique** associées aux traumatismes. De nombreux enfants pris en charge en services d'hébergement agréés sont exclus des services de santé mentale officiels du fait que leurs difficultés ne correspondent pas aux catégories de diagnostic. Margaret de Jong, pédopsychiatre établie au Royaume-Uni, propose une discussion utile sur la nécessité de repenser les approches cliniques habituelles.³
5. Le guide pratique n'explore pas le travail préventif qui pourrait être entrepris avec les enfants dans leur famille d'origine, afin d'éviter la nécessité d'une prise en charge en services d'hébergement agréés.

2. Early Intervention Foundation (2020). Adverse childhood experiences: What we know, what we don't know, and what should happen next <https://www.eif.org.uk/report/adverse-childhood-experiences-what-we-know-what-we-dont-know-and-what-should-happen-next>.

3. DeJong, M. (2010). Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or "in care" child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 589-599.

PRÉCISIONS RELATIVES À LA TERMINOLOGIE

La Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant définit un enfant comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Pour l'OMS, les jeunes personnes sont les personnes âgées de 10 à 24 ans. Ceci étant dit, pour faciliter la lecture de ce guide pratique, nous utilisons le terme « enfant » comme terme générique incluant l'ensemble des enfants, jeunes personnes et jeunes adultes, âgés de 0 à 24 ans, qui vivent ou ont vécu dans des services d'hébergement agréés. Nous utilisons en outre l'expression « les personnes/professionnels qui s'occupent d'enfants et travaillent avec eux » comme formule générique pour désigner l'ensemble des responsables et des professionnels de l'enfance et de la jeunesse ayant des responsabilités diverses en matière de prise en charge des enfants et dont les dénominations peuvent varier dans les six pays partenaires.

Un glossaire des principaux termes utilisés tout au long du guide pratique est proposé en **Annexe 1**.





CHAPITRE 2



Principes du guide pratique

CHAPITRE 2

PRINCIPES DU GUIDE PRATIQUE

« Je peux leur suggérer de se familiariser avec le développement psychologique de l'enfant, ainsi qu'avec ses difficultés. Ils doivent apprendre à connaître le contexte de l'enfant autant que possible. Ils doivent se montrer patients et aimants avec l'enfant. Mais ils ne doivent jamais mentir. Ni dans leurs actes, ni dans leurs paroles, car nous le sentons. » (Citation d'un jeune, phase d'évaluation, 2020)

INTRODUCTION

Ce chapitre regroupe les cinq principes transversaux et interdépendants qui ont soutenu l'élaboration de ce guide pratique. Ces principes constituent des « fils conducteurs » et sont régulièrement rappelés, de manière explicite ou implicite, lorsqu'ils sont particulièrement pertinents pour les questions spécifiquement abordées. Des explications détaillées des termes et des concepts seront fournies plus loin dans le document.

Principe 1

GUÉRIR D'UN TRAUMATISME EST UNIQUEMENT POSSIBLE DANS LE CADRE DE RELATIONS COHÉRENTES ET BIENVEILLANTES

De nombreux enfants bénéficiant d'une prise en charge ont vécu des traumatismes dans le contexte de leurs relations. Ils les ont vécus dans leur famille d'origine, mais également, trop souvent, ces traumatismes peuvent être aggravés par leur vécu dans le contexte de leur prise en charge ultérieure. Il est donc important, lorsque nous cherchons à nous montrer sensibles aux traumatismes, d'être attentifs à **l'importance de la construction de relations solides, ainsi qu'au contenu de ce qui est proposé**. Les approches relationnelles intègrent le fait que **chaque enfant est unique et que les réponses doivent donc être flexibles et adaptées aux circonstances individuelles (voir page 37)**. Les expériences de prise en charge immédiate des enfants doivent être chaleureuses, stables, sécurisantes et affectueuses, afin de favoriser la « confiance » et une « base sûre » (voir page 34), pour que chaque enfant puisse développer d'autres modes de relations avec lui-même et avec les autres. Grâce à ces relations, les enfants peuvent **s'appuyer sur leurs forces et leurs talents**, ce qui leur permet **d'élaborer de nouveaux récits personnels** (biographies intérieures) et d'établir des liens plus larges et plus sains avec leur entourage.

Principe 2

LE TRAUMATISME DOIT ÊTRE COMPRIS DANS LE CADRE D'UNE PERSPECTIVE ÉCOSYSTÉMIQUE ET DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Ce guide pratique suggère que les traumatismes sont **mieux compris dans le contexte du développement et de l'écosystème de l'enfant** (voir Chapitre 3.2). Du point de vue du développement de l'enfant, nous devons avoir une compréhension globale de la manière dont les enfants se développent habituellement, afin de pouvoir mesurer **la manière dont les traumatismes perturbent ce parcours de développement**. Dans ce contexte, nous devons être particulièrement attentifs à d'autres facteurs, tels qu'un handicap ou un trouble du développement neurologique, qui influencent également le développement de l'enfant. Dans ce cadre, nous suggérons d'accorder **plus d'attention à l'impact des traumatismes sur le développement de l'esprit des enfants**, en particulier en ce qui concerne l'estime de soi et les relations avec les autres.

Nous devons également veiller à **ne pas séparer les vécus traumatiques individuels de leurs contextes sociétaux, culturels et économiques beaucoup plus larges**. C'est ici, dans ce domaine beaucoup plus large, que nous pouvons commencer à comprendre les multiples influences qui façonnent l'apparition d'un traumatisme, son impact et les « significations » qui lui sont attribuées. Tous ces facteurs ont un impact sur l'individu et façonnent nos réponses personnelles et celles de l'organisation et de l'État. **Une perspective écosystémique nous aide à aller au-delà de la vision du traumatisme comme une expérience individuelle et ouvre d'autres voies pour aborder le traumatisme**, par exemple en travaillant avec des groupes, par **des approches de « santé publique », etc.**

Principe 3

LE PARCOURS DE GUÉRISON DES TRAUMATISMES DOIT ÊTRE UN PARTENARIAT

Les enfants victimes de traumatismes ont souvent fait l'expérience de l'impuissance et de l'isolement. Il est donc important que les membres des « professions de prise en charge » ne tombent pas dans une approche visant à « faire quelque chose à » la personne concernée. Pour éviter ce type de travers, la reconstruction post-traumatique doit permettre de favoriser l'émergence d'un ressenti **d'autonomie** et de **capacité d'action**. Les enfants et jeunes doivent être partie prenante de leur plan de prise en charge, et ce plan doit impliquer une compréhension claire de la manière dont les traumatismes les ont affectés, ainsi que des engagements explicites en faveur de la reconstruction post-traumatique. Une approche sensible aux traumatismes intègre le fait que la **participation et le partenariat peuvent contribuer de manière significative au sentiment d'autonomisation de l'enfant** et que le positionnement des enfants comme acteurs de ce processus **est essentiel à leur parcours de reconstruction**.

Principe 4

LES PRATIQUES SENSIBLES AUX TRAUMATISMES SONT FONDÉES SUR LES DROITS DE L'ENFANT

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant stipule clairement que les enfants bénéficiant d'une prise en charge **ont droit à une aide et à une protection spécifiques de la part de l'État** si leur famille n'est pas en mesure de s'occuper d'eux (article 20). En outre, elle stipule que les enfants doivent être accompagnés pour être pleinement acteurs de leur prise en charge et ont le droit « d'exprimer librement leur opinion sur toute question » (Article 12) et que les décisions doivent être prises dans l'intérêt supérieur de l'enfant (Article 3.1.). Pour remplir ces obligations, le présent guide pratique affirme que **les enfants bénéficiant d'une prise en charge ont le droit de voir leurs traumatismes reconnus et pris en considération**. Nous suggérons que **l'adoption d'une pratique sensible aux traumatismes constitue un moyen important par lequel les États peuvent s'acquitter de leurs responsabilités en vertu de cette Convention**.

Les Nations Unies ont également publié des Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants. Ces lignes directrices réaffirment et définissent des orientations qui amélioreront la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, en mettant l'accent sur les enfants bénéficiant ou risquant de bénéficier d'une prise en charge.

Principe 5

LES MOTS QUE NOUS UTILISONS POUR PARLER DES TRAUMATISMES DES ENFANTS DOIVENT ÊTRE REPENSÉS

Les mots que nous utilisons pour décrire et expliquer les vécus traumatiques des enfants et leurs conséquences sont puissants. **Ils symbolisent notre compréhension, façonnent ce que nous pensons être possible et influencent la manière dont les individus envisagent leurs propres traumatismes.**

Ce guide pratique cherche donc à faire évoluer la réflexion pour passer d'un modèle « déficitaire », où les réponses des enfants aux traumatismes sont considérées comme des pathologies, des désordres ou des anomalies, à un modèle « adaptatif », où les réponses des enfants sont considérées comme des adaptations qui ont contribué à leur survie dans des circonstances extrêmes. Quelques exemples:

- **Le fait de repenser les « comportements difficiles » en « comportements de détresse »** peut transformer une réponse attribuant des intentions et des motivations négatives en réponse sollicitant la compassion et la curiosité des adultes.
- **Repenser la terminologie des « troubles » que l'on trouve dans de nombreuses catégories de diagnostics cliniques** peut aider à explorer des problèmes qui existent au-delà de ceux de l'enfant.
- **Se défaire d'une terminologie et d'une pensée déterministes** (c'est-à-dire qui considèrent les choses comme « fixes ») ouvre la voie à l'espoir et à l'exploration des possibilités de changement.



Comme alternative, nous proposons de **comprendre le comportement des enfants comme une communication** avec les adultes, en adoptant une position de curiosité quant à ce qui se cache derrière ces comportements. Nous avons conscience du fait que les stratégies « adaptatives » qui ont aidé les enfants à survivre à court terme peuvent ne pas leur être utiles à long terme ou dans des contextes plus larges. Ceci étant dit, **les nouvelles stratégies d'adaptation doivent être introduites avec sensibilité**. Les mots que nous utilisons doivent promouvoir la possibilité d'un changement basé sur les capacités des enfants à s'adapter et à s'épanouir dans de nouveaux environnements.







CHAPITRE 3



Les traumatismes et leurs contextes

CHAPITRE 3

LES TRAUMATISMES ET LEURS CONTEXTES

« Beaucoup vivent dans une grande pauvreté dont il n'est pas possible de s'extraire pendant des générations. Dans certains quartiers, les valeurs disparaissent, s'usent, et les familles se construisent autour de l'exploitation. »
(Citation d'un professionnel, phase d'évaluation, 2020)

INTRODUCTION

Le présent chapitre vise à illustrer le fait que notre compréhension du traumatisme (son développement, ses définitions, les moments où il est le plus susceptible de se produire, etc.) est influencée par un ensemble de facteurs historiques, sociaux, culturels et politiques. Dans une même logique, il s'agit de souligner le fait que le traumatisme n'est qu'un des nombreux éléments qui peuvent influencer le développement de la vie des enfants. En travaillant avec les enfants, il est donc important que nous soyons constamment attentifs à la manière dont les vécus traumatiques des enfants et leur besoin de reconnexion façonnent et sont façonnés par des facteurs structurels et environnementaux plus larges.

3.1 Les facteurs qui influencent notre compréhension des traumatismes

Comprendre le traumatisme peut être loin d'être simple car **une telle compréhension s'appuie sur un large éventail de recherches et de pratiques issues des sciences humaines et sociales** ; en outre, la base de connaissances est **en constante expansion** et elle est **influencée par de multiples voix et facteurs environnementaux**. Ainsi, dans les années 1970, le retour des soldats américains de la guerre du Vietnam a suscité un intérêt considérable pour les traumatismes. Et les travaux dans ce domaine ont finalement abouti à la création du diagnostic du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Ce diagnostic, ainsi que d'autres catégories de diagnostics, ont fortement contribué à façonner notre perception du traumatisme. Au cours de la même période, une autre vision émergeait des travaux respectifs de la psychiatre américaine Judith Herman et de la professeure américaine Sandra Bloom, auprès d'adultes ayant survécu à des abus sexuels et des violences domestiques subis dans leur enfance. Dans ce contexte, une plus grande attention a été accordée à l'affirmation de « l'expérience vécue », à la mise en lumière de questions auparavant taboues et à l'intégration des abus et de la violence subis par les femmes et les filles, avec une compréhension plus large du genre. Dans les années 1980, les innovations technologiques en matière de cartographie du cerveau ont conduit à une explosion de la recherche dans le domaine de la neurologie. Les scientifiques ont ainsi pu passer de l'expérimentation animale à l'observation en temps réel du fonctionnement du cerveau et du système nerveux humain.

En 1998, Felitti et Anda ont entrepris une étude de population à grande échelle sur l'impact à long terme des expériences négatives dans l'enfance (ACE – Adverse Childhood Experiences). Cette étude a démontré un lien clair entre l'existence d'événements traumatiques dans l'enfance et la **probabilité accrue de conséquences physiques, psychologiques et sociales négatives à tous les stades de l'âge adulte** (même si elle a tenu à souligner que de tels résultats ne constituent pas une fatalité au niveau individuel). Elle a en outre constaté que les expériences négatives dans l'enfance :

- **Sont courantes** dans la population.
- **Ont un impact qui dure toute la vie.**
- **Ne se produisent souvent pas de manière isolée.**
- **Ont un effet cumulatif** (c'est-à-dire que l'impact augmente avec chaque expérience négative supplémentaire).

Si l'étude a initialement été critiquée pour son échantillon de population limité et sa focalisation sur dix types spécifiques d'expériences négatives, des études ultérieures menées dans le monde entier ont étendu son champ d'application sur ces deux points et produit des résultats similaires. Bien que ses conclusions n'aient pas été positivement accueillies au départ et n'aient pas fait l'objet d'une attention particulière, l'étude a plus récemment permis de mettre en évidence l'impact important et généralisé des traumatismes, en élargissant considérablement le cadre du débat public sur le sujet. De nombreuses autorités de santé publique adoptent désormais les conclusions générales de l'étude ACE pour façonner leurs stratégies de prévention et d'atténuation – et cette approche est devenue l'un des éléments moteurs de l'évolution vers des politiques et des pratiques sensibles aux traumatismes.



Regarder + réfléchir :

Une présentation enrichissante du Dr. Robert Anda, l'un des principaux instigateurs de l'étude ACE. Il y évoque ses recherches et la façon dont elles ont été mal interprétées et mal appliquées.

Inside the ACE Score: strengths, limitations and misapplications (April 2020)

<https://www.youtube.com/watch?v=Kfx5vOHFfxs>

3.2 Le modèle écosystémique de Bronfenbrenner

Le modèle conçu par le psychologue du développement Urie Bronfenbrenner est utile pour comprendre comment **le traumatisme côtoie et interagit avec un ensemble d'autres facteurs sociaux, économiques et politiques**. Dans ce modèle, il identifie cinq systèmes essentiels qui influencent la croissance et les opportunités des enfants. Ce modèle propose de prêter attention non seulement au fonctionnement des composants de chaque système, mais aussi à la manière dont les différents systèmes sont interconnectés et s'influencent mutuellement.

Les cinq systèmes sont les suivants :

1. **Le microsystème** comprend les relations et les espaces avec lesquels les enfants interagissent régulièrement, par exemple leur famille, leurs amis, leur école, leur quartier, leurs activités, etc.
2. **Le mésosystème** est l'espace où deux des composantes du microsystème interagissent : liens entre l'école et la famille de l'enfant, sentiment de sécurité et d'appartenance de la famille à son groupe social.
3. **L'exosystème** comprend des facteurs qui n'interagissent pas directement avec les enfants, mais qui influencent la qualité de leur vie, par exemple la stabilité de l'emploi des parents, les possibilités d'emploi, l'offre de logement, les transports disponibles, l'aide sociale proposée, la disponibilité des services d'éducation, etc.
4. **Le macrosystème** fait référence aux facteurs culturels et structurels globaux qui façonnent les expériences et les environnements des enfants : le sexe, l'ethnie, les conditions socio-économiques, le handicap, etc.
5. **Le chronosystème** se focalise sur les transitions et les changements qui se produisent dans la vie des enfants au fil du temps. Citons par exemple l'installation dans un nouveau groupe social, le changement provoqué par la séparation ou le deuil des parents, les attitudes qui évoluent avec le temps, les étapes du développement des enfants, etc.

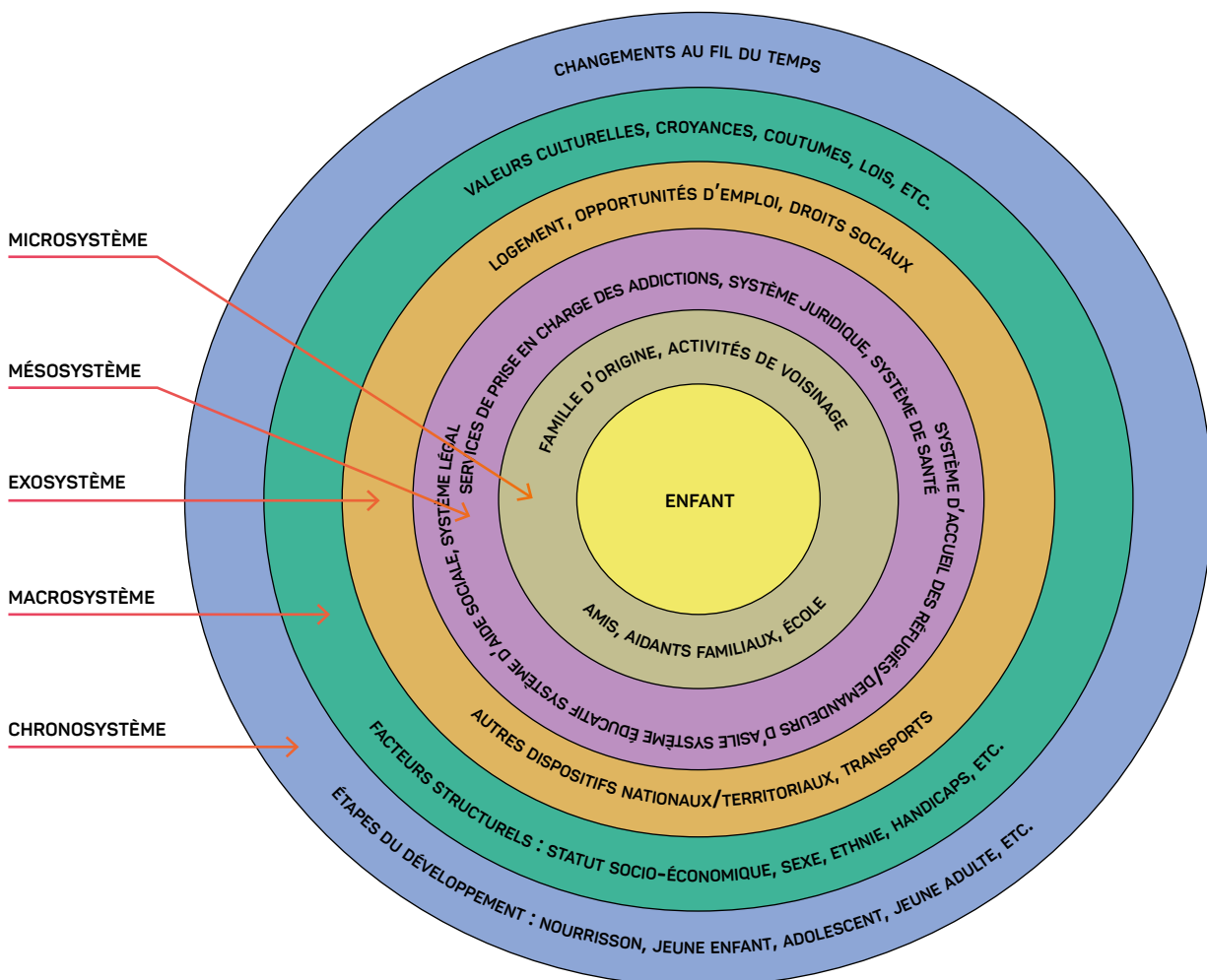


FIGURE 1 CELCIS – UNE ADAPTATION DU MODÈLE ÉCOSYSTÉMIQUE DE BRONFENBRENNER À UN SYSTÈME D'AIDE SOCIALE

En tant que psychologue du développement, Bronfenbrenner a émis l'hypothèse que **la plus forte influence sur les enfants s'exerce dans leur environnement immédiat (microsystème)**. C'est en effet là que sont cultivés les relations, les compétences sociales, les talents et le sentiment d'appartenance, qui constituent les éléments de base permettant aux enfants d'acquérir la résilience et les stratégies d'adaptation nécessaires pour évoluer dans le monde extérieur.

Ce modèle écosystémique nous est utile à deux niveaux importants. Il nous aide tout d'abord à garder à l'esprit les multiples risques et facteurs de protection qui façonnent les comportements des enfants. Par ailleurs, les organisations et les administrations peuvent l'utiliser comme cadre de réflexion au traumatisme par le biais d'un regard systémique, afin d'identifier les multiples points d'entrée potentiels des interventions qui permettront d'atténuer l'impact des traumatismes et/ou de réduire la probabilité que le traumatisme se produise en premier lieu.

Dans la littérature scientifique, une attention considérable est accordée aux liens entre la pauvreté et les traumatismes, et une certaine tension peut survenir entre les auteurs s'ils ont le sentiment qu'une question est privilégiée au détriment de l'autre. Il ne fait aucun doute qu'il existe un lien étroit entre la pauvreté et les traumatismes :

La pauvreté peut jouer un rôle important en exacerbant la façon dont le traumatisme est vécu et en empêchant l'accès aux services mêmes qui pourraient atténuer son impact. Toutefois, s'il existe un lien étroit entre les deux problèmes, **nous devons veiller à ne pas les confondre (c'est-à-dire les associer)**. Ceci est important à deux titres :

- Premièrement, si nous le faisons, nous risquons de stigmatiser les familles qui vivent dans des conditions économiques difficiles et de faire des suppositions infondées quant à leur capacité à fournir une prise en charge chaleureuse et enrichissante à leurs enfants.
- Deuxièmement, des traumatismes sont vécus à tous les niveaux de la société et se concentrent de manière disproportionnée sur leur association avec un groupe social néglige les souffrances vécues à tous les niveaux de la société, ainsi que les inégalités culturelles et structurelles supplémentaires qui sont également en jeu.

3.3 Identifier les traumatismes à l'échelle des groupes sociaux

Dans la littérature scientifique, on constate une prise de conscience croissante de la manière dont les traumatismes individuels sont vécus collectivement par des groupes sociaux et, au final, de la manière dont les traumatismes peuvent devenir transgénérationnels. Dans ce contexte, les « groupes sociaux » peuvent être définis géographiquement (un quartier), virtuellement (une identité, une ethnicité ou un vécu partagé) ou du point de vue organisationnel (un lieu de travail, d'apprentissage ou de culte). Le mouvement Black Lives Matter est un exemple contemporain de « désignation » d'un groupe social visant à faire évoluer une situation relative à des traumatismes et des injustices historiques et actuelles. On trouve d'autres exemples dans la lutte pour l'égalité à travers le monde des peuples indigènes et des groupes nationaux et ethniques qui subissent des catastrophes naturelles, des guerres ou des migrations forcées. Teresa Ngigi, psychologue clinicienne, décrit ces schémas de

transmission comme des **traumatismes intergénérationnels ou ancestraux**. Par ailleurs, une discipline scientifique du nom **d'épigénétique** commence actuellement à explorer la possibilité que le vécu traumatique soit transmis d'une génération à l'autre par le biais de notre matériel génétique. La mesure dans laquelle les groupes sociaux ont à la fois la capacité, les connaissances et les compétences nécessaires pour comprendre et répondre aux traumatismes, mais également l'aide et la dignité apportées par les autorités publiques, peuvent avoir un impact significatif sur la vie des enfants.

Envisagé dans ce contexte, le travail sur les traumatismes au niveau du groupe social peut être particulièrement bénéfique et d'une grande portée. S'appuyant sur son expérience de travail avec les traumatismes dans de multiples contextes internationaux, Ngigi (2019)⁴ identifie le fait que certaines pratiques culturelles peuvent avoir des effets négatifs sur le développement des enfants et peuvent interférer avec le processus de reconstruction post-traumatique. Cependant, elle a constaté que lorsque les gens bénéficient d'aide pour repenser les pratiques dommageables en s'efforçant de comprendre le traumatisme, ils sont capables de changer leur approche. Elle propose l'exemple de la Sierra Leone où le concept voulant que « les enfants appartiennent à la société » permet aux enfants de passer de la charge d'un adulte à l'autre dès leur plus jeune âge. Lorsque les enseignants de maternelle ont pu étudier les mécanismes du traumatisme, ils ont été en mesure d'identifier les effets néfastes de cette pratique et de repenser leur compréhension en utilisant leurs nouvelles connaissances des expériences négatives dans la petite enfance. Son travail permet d'affirmer que **les communautés qui sont en mesure de fournir un contexte de compréhension peuvent faciliter la reconstruction post-traumatique.**



Éléments à prendre en compte

En pensant à un enfant avec lequel vous avez travaillé, utilisez la version adaptée du modèle de Bronfenbrenner à la Figure 1 pour dessiner une carte écosystémique approximative identifiant les multiples influences qui ont eu un impact sur son vécu traumatique – pauvreté, discrimination sexuelle, qualité de la prise en charge, violence au sein du groupe social, abandon, ostracisme au sein du groupe social, traumatisme intergénérationnel, fuite d'une situation de guerre, déplacement dû à une catastrophe naturelle, etc.



4. Ngigi, T. (2019) *Breaking the Cycle: The Role of Auntie Rosie in Childhood Trauma-Informed Care*.



Éléments à prendre en compte

De nombreuses stratégies peuvent nous aider à approfondir notre conscience de nous-même, notamment en ce qui concerne l'ethnie, le sexe/genre, le handicap ou l'orientation sexuelle. Nous avons tous des stéréotypes et des préjugés qui contribuent aux jugements que nous portons dans la vie quotidienne. Cet exercice simple vous aidera à prendre conscience de certains de vos propres préjugés ou stéréotypes. Écrivez brièvement vos réponses aux questions suivantes, aussi honnêtement que possible.

1. La société et la culture dans lesquelles je vis valorisent-elles les identités que je m'attribue ? (Ethnie, sexe, genre, classe, orientation sexuelle, capacités, etc.)
2. Comment est-ce que j'établis des liens avec d'autres personnes qui se décriraient de la même façon que moi ?
3. Comment puis-je établir des liens avec des personnes qui ne sont pas valorisées là où je vis ?
4. Les groupes auxquels j'appartiens favorisent-ils ou entravent-ils la progression de ma carrière ?
5. Comment les personnes qui appartiennent à des groupes différents sont-elles favorisées ou entravées dans leur carrière ?
6. Comment la perception de mon statut affecte-t-elle mon comportement et ma motivation à progresser dans ma vie ?
7. Pensez-vous qu'il existe dans votre pays une culture ethnique ou raciale dominante qui influence l'accès ou non au pouvoir, aux ressources, etc.



Commentaire

Il n'est pas facile d'affronter des parties de nous-mêmes dont nous sommes moins conscients ou qui sont en contradiction avec nos valeurs. Cela peut alimenter des émotions douloureuses telles que la culpabilité, la honte, la colère ou la défensive. Ceci étant dit, la première étape de tout processus de changement est une prise de conscience. Nous devons apprendre à observer nos réactions avec curiosité plutôt qu'en les jugeant. Continuez à vous interroger sur le capital social que vous détenez et sur la façon dont vous pouvez l'utiliser pour mettre en évidence les nombreuses façons dont les inégalités structurelles opèrent dans la vie quotidienne.

3.4 Comment les traumatismes se manifestent-ils dans les environnements de protection de l'enfance ?

Au sein des systèmes de protection de l'enfance, les traumatismes peuvent se manifester à de nombreux niveaux. Malheureusement, de nombreuses conséquences psychosociales des traumatismes vécus par les enfants sont reproduites dans les structures mêmes qui les accueillent, là où elles devraient leur apporter soutien et sécurité.

- **Pour les enfants** – les vécus traumatiques peuvent favoriser un sentiment de honte, de stigmatisation, d'isolement, de déconnexion, ainsi qu'un manque d'estime de soi et de maîtrise de leur propre vie.
- **Pour les parents** – les vécus traumatiques des enfants peuvent susciter un sentiment de honte (car ils n'ont pas été capables de protéger leur enfant), de stigmatisation (car leurs actions ont pu nuire à leur enfant), d'isolement/déconnexion (car ils peuvent avoir l'impression d'être ou être jugés comme déficients dans leurs fonctions parentales) et de réactivation (car cela peut réveiller consciemment ou inconsciemment des souvenirs de leurs propres traumatismes).
- **Pour les personnes qui s'occupent des enfants ou travaillent avec eux** – les vécus traumatiques des enfants peuvent également raviver leurs propres réactions traumatiques, générer un sentiment d'impuissance, entraîner un traumatisme indirect ou une fatigue de compassion (voir le Chapitre 8) et provoquer un sentiment d'accablement face à la douleur que peut ressentir un enfant ayant subi un traumatisme.
- **Pour les groupes/organisations/systèmes professionnels** – les vécus traumatiques des enfants peuvent engendrer des tensions et des frustrations dans les relations professionnelles, donner le sentiment d'être dépassé par des demandes de plus en plus complexes et conduire au développement de logiques stigmatisantes (des individus étant tenus responsables des défaillances du système dans son ensemble). En outre, les structures et les procédures mises en place peuvent, par inadvertance, exacerber la douleur des enfants ou renforcer le sentiment d'être « différent ».
- **Pour les groupes sociaux et la société** – le traumatisme soulève d'importantes questions sur le pouvoir, les injustices et les inégalités, des facteurs qui peuvent miner les stratégies d'adaptation des individus. D'autre part, un déni collectif des abus et des mauvais traitements subis par les enfants ne fera qu'aggraver leur détresse.

Nous reviendrons sur ces questions tout au long du présent guide pratique et des autres composantes de ce projet. Dans l'immédiat, il est important de prendre conscience du fait qu'à tous les niveaux, il est difficile de chercher à aborder les questions liées aux traumatismes en raison de la douleur, de la culpabilité et du sentiment d'isolement qu'ils engendrent.



Lire + réfléchir

Quels points approuvez-vous ou désapprouvez-vous dans cet article d'opinion d'Adam Burley, un psychologue clinicien basé en Écosse. "Childhood Adversity Studies as an Antidote to the Predominance of Neo-liberal Thinking in the Field of Mental Health" (2020.) <https://www.eupublishing.com/doi/pdfplus/10.3366/scot.2020.0344>

Ne pas oublier

- Notre compréhension des traumatismes évolue et s'élargit constamment, en s'appuyant sur de multiples sources de connaissances : expérience vécue, recherche universitaire et disciplines professionnelles.
- Bien que l'adoption d'approches sensibles aux traumatismes soit un phénomène relativement nouveau, il existe une base de connaissances solide soulignant la prévalence des traumatismes de l'enfance et de leurs conséquences sociales, sanitaires et économiques potentielles, tout au long de la vie.
- De multiples récits façonnent la façon dont nous comprenons et parlons des vécus traumatiques. Le modèle de diagnostic utilisé dans la pratique clinique constitue un récit puissant et influent, mais des voix de plus en plus nombreuses, tant chez les professionnels que parmi les personnes ayant un vécu traumatique, commencent à proposer d'autres perspectives.
- Les vécus traumatiques des enfants et de leurs familles doivent être envisagés de manière holistique et dans le contexte de leurs environnements plus larges.
- Les réponses sensibles aux traumatismes doivent chercher à identifier les multiples points d'intervention où les traumatismes peuvent être atténués et les facteurs de protection renforcés.





CHAPITRE 4



Comprendre notre réponse humaine aux traumatismes

CHAPITRE 4

COMPRENDRE NOTRE RÉPONSE HUMAINE AUX TRAUMATISMES

« Il me semble que les travailleurs sociaux évitent ce sujet. Il ne leur semble pas pertinent, même si, en tant qu'enfant, cela vous hante en permanence. »
(Citation d'un jeune, phase d'évaluation, 2020).

INTRODUCTION

Le présent chapitre explore quelques-unes des nombreuses manières dont les traumatismes peuvent être décrits et compris. En nous concentrant sur la condition humaine dans sa globalité, il nous rappelle que les traumatismes se manifestent tout au long de la vie et que pour améliorer notre pratique vis-à-vis des enfants, nous devons également être attentifs à la manière dont nos comportements et nos réponses en tant qu'adultes peuvent également être façonnés par les traumatismes.

4.1 Catégorisations des traumatismes

Il existe de nombreuses définitions des traumatismes et de nombreuses manières de les comprendre. Dans la littérature, le terme est utilisé de diverses manières pour décrire :

- Un **événement négatif important ou une exposition à un traumatisme**
- Le **vécu subjectif** d'un événement par une personne
- La **réponse** d'une personne à un événement et/ou
- **L'impact** d'un événement.

On parle parfois de « stress intense » ou « toxique » pour évoquer le traumatisme. Dans une grande partie des écrits, les définitions ont tendance à s'appliquer de manière générique à la condition humaine dans son ensemble et, bien qu'elles évoquent des traumatismes vécus dans l'enfance, elles se concentrent souvent sur une perspective adulte, en examinant les conséquences et les résultats potentiels des traumatismes plus tard dans la vie. Nous devons donc veiller à ce qu'une attention et des ressources suffisantes soient consacrées aux besoins des enfants ici et maintenant.

Le traumatisme en tant qu'**événement ou exposition au traumatisme** est souvent illustré par une longue liste d'agressions, d'abus et de préjudices et comporte des vécus aussi divers que les abus et l'exploitation de nature sexuelle, le fait de fuir une situation de guerre, la violence en fonction du groupe social et la négligence physique ou émotionnelle, entre autres. D'autres points de vue suggèrent que **le « traumatisme » n'est pas lié à l'événement lui-même mais à l'impact que cet événement a sur la vie d'une personne**. Dans ce cas, l'accent est mis sur l'expérience subjective du traumatisme par la personne et sur la façon dont elle « donne un sens » (l'histoire qu'elle se raconte à elle-même) concernant ce qui s'est passé.

Certaines explications font la distinction entre différents types de traumatismes : traumatisme en tant qu'événement unique, appelé traumatisme aigu, ou événements répétés, appelés traumatismes complexes. Un traumatisme aigu peut résulter, par exemple, d'un accident de voiture ou du fait d'être témoin d'une explosion. Le traumatisme complexe est quant à lui associé à des événements chroniques et répétés, qui surviennent souvent pendant l'enfance, et principalement dans le cadre de relations. Dans cette catégorie, on peut citer le cas d'un enfant exposé à la violence domestique ou victime de maltraitements physiques ou sexuelles. (On emploie également parfois cette formulation pour décrire le vécu des victimes adultes dans des situations de violence entre partenaires intimes). Le Child Trauma Stress Network propose la définition suivante pour le traumatisme :

« ... type grave, systématique et interpersonnel d'abus et de négligences répétés produisant des niveaux de complexité. »⁵

4.2 Quelques définitions du traumatisme

Une définition largement utilisée du traumatisme provient de l'administration américaine Substance Abuse & Mental Health Service. Couvrant à la fois les vécus aigus et complexes, et intégrant simultanément « l'événement » et « l'impact dans le temps », elle définit le traumatisme de la manière suivante :

« Un événement unique, des événements multiples ou un ensemble de circonstances vécus par un individu comme physiquement et émotionnellement dommageables ou menaçants et dont les effets négatifs sur son bien-être physique, social et émotionnel sont durables. » (SAMHSA, 2014)⁶

Une variante de cette définition (utilisant ici le descripteur « Expériences négatives dans l'enfance »), mais élaborée en particulier avec les enfants à l'esprit :

« Les Expériences négatives dans l'enfance (ACE) sont des événements ou des situations traumatisantes vécues au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence. Il peut s'agir d'un événement unique, ou de menaces prolongées envers la sécurité, la sûreté ou l'intégrité corporelle d'un enfant ou d'un adolescent. De tels vécus nécessitent des adaptations sociales, émotionnelles, neurobiologiques, psychologiques et comportementales importantes pour survivre. » (Young Minds, 2019)⁷

Ici, c'est l'impact du traumatisme sur le sentiment de confiance, de sécurité et d'intégrité corporelle d'une personne qui est mis en évidence, ainsi que la réponse de survie « adaptative » que les personnes doivent mettre en œuvre à différents niveaux. L'intégrité corporelle renvoie à l'importance de l'autonomie personnelle, de la propriété et de l'autodétermination des êtres humains sur leur propre corps.

Une définition facilement mémorisable du traumatisme est la suivante :

« ... une réponse normale à des circonstances anormales. » (source inconnue)



5. Trauma types (2014). <https://www.nctsn.org/>.

6. SAMHSA (2014). Concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Page 7. https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf.

7. Young Minds (2019). Adversity and trauma-informed practices. Page 5.

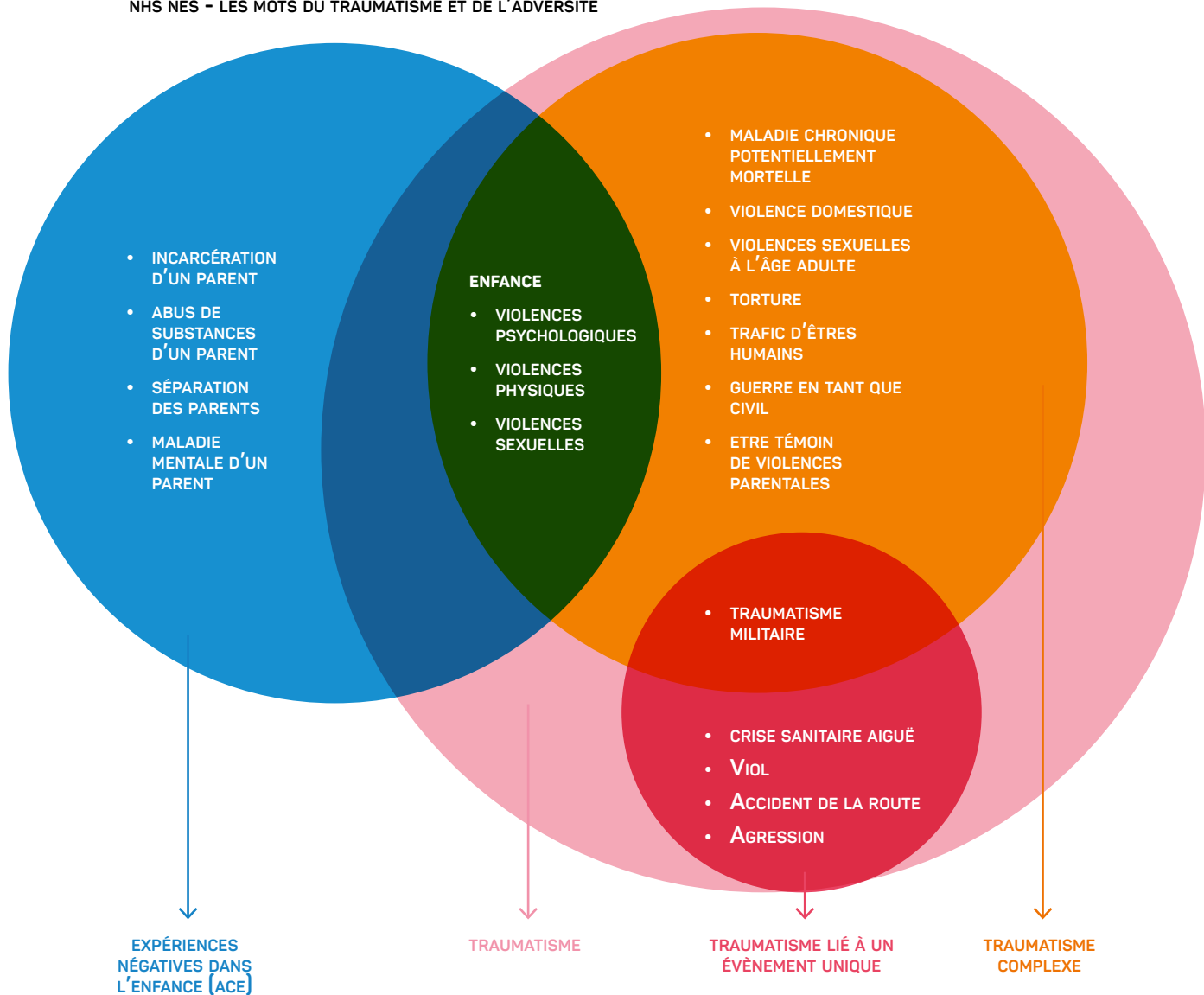
<https://youngminds.org.uk/media/3091/adversity-and-trauma-informed-practice-guide-for-professionals.pdf>.

Cette définition simple mais puissante nous rappelle que les réponses au traumatisme sont normales et font partie intégrante de la condition humaine : c'est l'événement ou l'acte traumatique qui se situe en dehors des valeurs et des attentes du vécu humain ordinaire.

Éléments à prendre en compte

Le diagramme ci-après, réalisé par la NHS Education for Scotland, vise à illustrer les différentes manières, interconnectées, de comprendre le traumatisme. Que pensez-vous de cette illustration ? Pensez-vous qu'il s'agit d'un moyen utile de décomposer et dégager les différents éléments constitutifs du traumatisme ?

FIGURE 2
NHS NES - LES MOTS DU TRAUMATISME ET DE L'ADVERSITÉ



4.3 Pourquoi et comment le corps humain répond-il aux traumatismes ?

Les connaissances relatives au « pourquoi » et au « comment » de la réponse humaine aux traumatismes sont **vastes, complexes et évolutives**. Elles relèvent de multiples disciplines (théories de l'évolution, biologie, neurosciences, génétique, psychologie du développement, etc.) et, même au sein de ces domaines, les **débats sont nombreux**. Plus récemment, une attention particulière a été accordée aux réponses neurologiques et cérébrales aux traumatismes, mais il existe un consensus et de plus en plus de données/résultats autour de **deux grands axes** :

1. Lorsqu'un traumatisme est vécu, il engendre une série de réactions neurologiques, biologiques et psychologiques, ce qui implique que **nous devons prêter attention à ce qui se passe aussi bien dans l'esprit que dans le corps des personnes**.
2. Les circonstances **environnementales et la constitution génétique** d'une personne donnent lieu à une série de facteurs « protecteurs » et « de risque » qui déterminent à la fois **la probabilité d'exposition à un traumatisme et les ressources auxquelles la personne peut avoir accès pour l'aider à se reconstruire si elle subit un traumatisme**.

Dan Siegel, professeur américain de psychiatrie, a forgé un nouveau concept : la « neurobiologie interpersonnelle », pour tenter de saisir comment l'esprit, le cerveau et les relations interagissent pour se modifier mutuellement.

Bien que le présent guide pratique se concentre sur l'impact psychosocial du traumatisme, il est établi que les souvenirs du traumatisme peuvent être stockés dans le corps. Bessel van der Kolk évoque la possibilité d'une déconnexion corps-esprit causée par un traumatisme et affirme que la personne a besoin de soutien pour nommer ce qui se produit dans son corps :

« Les victimes de traumatismes ne peuvent pas se reconstruire tant qu'elles ne se sont pas reconnectées aux sensations de leur corps et qu'elles ne les ont pas apprivoisées. Avoir peur signifie que l'on vit dans un corps qui reste en permanence sur ses gardes... Pour changer, l'individu doit prendre conscience de ses sensations et de la façon dont son corps interagit avec le monde qui l'entoure. La conscience physique de soi est la première étape de la libération de la tyrannie du passé. »⁸

L'un des principaux défis que doivent relever les personnes qui jouent un rôle de soutien consiste à identifier des moyens d'aider les personnes victimes de traumatismes à se reconnecter à leur corps. Développer un ressenti de maîtrise de son propre corps peut contribuer à rétablir la santé, la force et le bien-être. Les activités régulières qui comportent une dimension collective (par exemple le football, l'escalade, la chorale, etc.) sont également utiles dans la mesure où elles favorisent le lien avec les autres et le sentiment d'appartenance.



8. Bessel Van der Kolk (2015). Le Corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison. Albin-Michel ; Paris. <https://www.albin-michel.fr/ouvrages/le-corps-noublie-rien-9782226393869>.

Comme d'autres espèces et d'autres mammifères, la façon dont les humains réagissent aux menaces est largement façonnée par notre histoire évolutive et est étroitement liée à notre besoin fondamental de survie. Ici nous considérons les grandes lignes de deux explications neurologiques sur la manière dont notre corps répond à la menace :

- a) La réponse du cerveau à la menace.
- b) La réponse du système nerveux autonome à la menace.



FIGURE 3
ILLUSTRATION GÉNÉRALE DES ZONES DU CERVEAU HUMAIN

a) La réponse du cerveau à la menace

D'un point de vue neurologique, lorsqu'une menace est perçue, notre cerveau réagit immédiatement pour évaluer la situation, **soit en utilisant la conscience, soit en utilisant des indices subconscients**. Lorsque nous utilisons la conscience, nous sommes capables de détecter la nature de la menace et d'adapter nos réponses en conséquence. Par exemple, si nous conduisons et que nous voyons un accident devant nous, nous sommes capables d'utiliser notre cerveau « réflexif » pour changer de position sur la route, moduler notre vitesse et focaliser notre attention, afin d'assurer notre sécurité et celle des autres usagers de la route. Mais si nous percevons que la menace est sérieuse et immédiate, notre conscience est contournée et notre cerveau déclenche rapidement **des réactions aussi bien dans le cerveau lui-même que dans le corps, afin de privilégier la sécurité**. Communément appelées réactions de « **combat** », « **fuite** », « **inhibition** » (on parle aussi de « sidération » ou de « figement »), ces réactions se manifestent de multiples manières :

- En **mode « combat » ou « fuite »**, notre rythme cardiaque s'accélère pour amener plus rapidement le sang vers les membres ; nos pupilles se dilatent pour améliorer

notre vision ; une poussée d'adrénaline nous confère instantanément plus de force ; et une autre hormone, le cortisol, augmente le taux de sucre dans le sang pour désactiver le système immunitaire et diriger le plus d'énergie possible vers la menace perçue en l'affrontant ou en fuyant la situation.

- En **mode « inhibition »**, le rythme cardiaque diminue, la respiration est plus lente et la personne peut devenir apathique ou figée.

Les réactions de « combat », « fuite », « inhibition » sont des stratégies inconscientes d'autoprotection. Lorsque le cerveau détecte qu'il n'est pas utile de tenter de « combattre » ou de « fuir » (ce qui est souvent le cas des enfants), il peut amener le corps à « s'inhiber » (montrant ainsi qu'il ne présente pas de menace). Si la situation est particulièrement accablante, elle peut conduire l'individu à se replier psychologiquement sur lui-même, voire à se déconnecter complètement de ce qui se passe.

De manière générale ; une fois le danger immédiat passé, notre cerveau envoie des signaux chimiques permettant au corps de retrouver un certain équilibre. Mais chez les personnes qui subissent des traumatismes répétés, **le système interne (notamment la production de cortisol) peut rester en état d'alerte longtemps après la disparition du danger**. Lorsque des nourrissons et de jeunes enfants voient régulièrement leurs besoins non satisfaits et/ou que des signaux de danger sont constamment présents dans leur environnement, leurs voies neuronales s'adaptent à ces vécus.

b) La réponse du système nerveux autonome à la menace – La théorie polyvagale

Une autre explication neurologique du pourquoi et du comment de la réaction humaine à la menace provient des travaux de Stephen Porges, chercheur et professeur de psychiatrie basé aux États-Unis. Elle porte le nom de **théorie polyvagale**. Parfois appelée « science de la connexion ou de la compassion », cette théorie fondée sur des preuves présente de nombreuses similitudes avec les approches axées sur le cerveau, mais elle met davantage l'accent sur **le rôle du système nerveux autonome en tant que principal interprète des signaux de protection et de danger, ainsi que sur nos réactions corporelles**. Le système nerveux autonome est un système de contrôle qui agit principalement de manière inconsciente et régule les fonctions corporelles. Il est relié à tous les principaux organes du corps et contrôle le rythme cardiaque, la digestion, la fréquence respiratoire, etc. Ce **système** est le principal mécanisme de contrôle de la réaction de combat ou de fuite. Cette théorie repose sur trois principes fondamentaux :

- **La hiérarchie** – notre système nerveux autonome présente trois états fondamentaux **qui nous aident à appréhender le monde et s'activent selon une séquence prévisible**. Il s'agit des systèmes d'engagement et de lien social, qui gèrent nos interactions avec les autres (système vagal ventral), la mobilisation ou les réponses de combat/fuite (système sympathique) et l'inhibition/déconnexion (système vagal dorsal).
- **La neuroception** – que Porges définit comme « la détection inconsciente ». Notre système nerveux autonome est constamment **à l'affût des signaux de sécurité, de danger et de menace sur notre vie** provenant de notre corps, de notre environnement et du monde social qui nous entoure. Dans la mesure où **cela se**

produit en dehors du champ de la pensée consciente, Porges suggère qu'avant que le cerveau ne comprenne, le système nerveux a déjà évalué la situation et commencé à réagir.

- **La co-régulation** – le postulat est que c'est par la régulation réciproque de nos états autonomes, en interaction avec une autre personne, que nous **nous sentons en sécurité pour entrer en relation et créer des relations de confiance**. Dana utilise l'expression africaine « Ubuntu », que l'on peut traduire de manière approximative par « une personne devient uniquement une personne grâce à d'autres personnes », pour souligner la nature de cette interaction.⁹

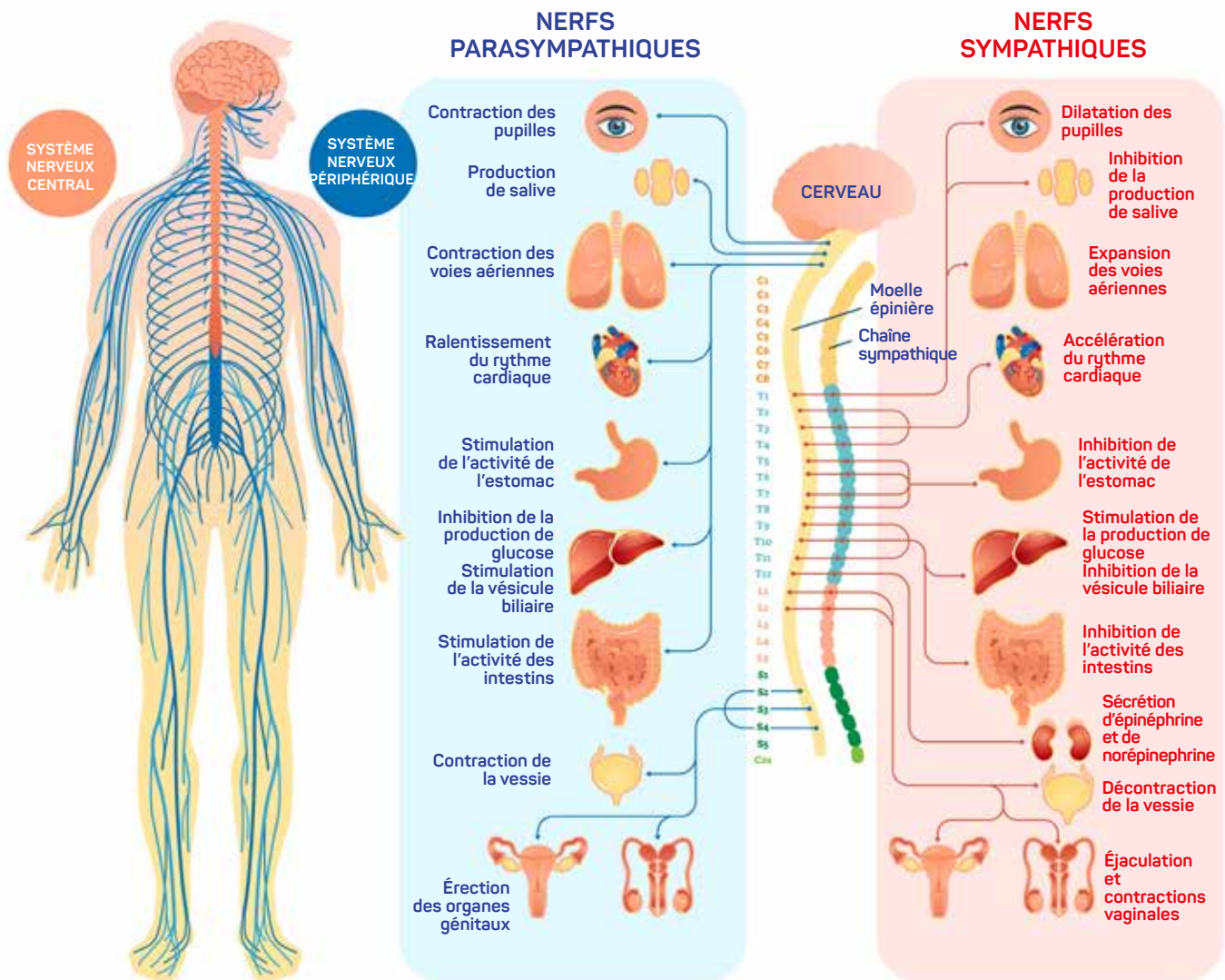


FIGURE 4
ILLUSTRATION GÉNÉRALE DES COMPOSANTS DU SYSTÈME NERVEUX HUMAIN

9. Dana, D. A. (2018). *The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company, page 48.

Bien que les trois états du système nerveux autonome doivent coopérer pour qu'une sensation de bien-être puisse exister, c'est **la voie vagale ventrale (ou système d'engagement et de lien social)** qui nous aide à trouver la sécurité et le lien interpersonnel. La voie vagale ventrale décrit les parties du système nerveux qui :

- Relient le cœur et les muscles des yeux, des oreilles, de la voix et de la tête. Elle contrôle la manière dont nous regardons et interprétons les expressions du visage, la façon dont nous écoutons et interprétons les paroles, la façon dont nous entendons et utilisons le ton de la voix et celle dont nous inclinons la tête pour indiquer notre attention envers une autre personne. Elle **nous amène à produire des signaux de sécurité, mais aussi à les rechercher chez les autres.**
- Elle **nous aide à réguler notre rythme cardiaque et à maintenir** les pulsations cardiaques lors de la respiration spontanée. Sous la dénomination de « **régulation vagale** » (« **vagal brake** »), Porges affirme qu'elle fournit à notre système nerveux autonome la possibilité de basculer d'un état de stress corporel à un état de calme.

Lorsque nous sommes ancrés dans le système d'engagement et de lien social de la voie vagale ventrale, **tout n'est pas nécessairement idéal dans notre vie, mais nous sommes en capacité d'identifier notre détresse et d'aller chercher du soutien auprès des autres.** Cependant, si notre neuroception commence à détecter des signaux de menace, notre système nerveux s'active et nous commençons à nous mobiliser pour combattre ou fuir. Si le signal de danger est de faible intensité (par exemple si nous entendons une voiture pétarader ou si nous avons peur d'une araignée), notre voie vagale ventrale actionne la régulation vagale et nous rétablissons un état de calme. Ce processus se produit régulièrement tout au long de la journée.

Si notre **neuroception détecte un signal constituant une menace sur notre vie**, la voie vagale dorsale réagit en nous immobilisant (« inhibition »), en nous déconnectant et en nous plaçant dans un état de sidération protecteur. Avec le temps, la présence d'une figure de co-régulation aide à rétablir l'équilibre de notre système nerveux autonome en activant le système d'engagement et de lien social. Mais dans les situations où les traumatismes sont chroniques et répétés ou en l'absence d'une figure de co-régulation, notre système nerveux autonome peut se montrer incapable d'actionner la régulation vagale et, par conséquent, nous restons en état d'alerte élevé, ou en état de sidération.

La théorie polyvagale **propose une autre explication sur la manière dont notre corps réagit aux traumatismes** et peut aider à expliquer plusieurs éléments :

- Comment une personne peut **avoir du mal à accéder à l'aide relationnelle** en produisant des signaux de sécurité.
- Comment les muscles de l'oreille moyenne **se focalisent sur les sons signalant un danger** et non sur les sons d'interaction.
- Comment **les signaux du visage peuvent être interprétés de manière erronée**, de sorte que des expressions neutres peuvent être interprétées comme menaçantes ou dangereuses.
- Comment la production de cortisol, l'hormone du stress, peut entraîner un état d'alerte chronique, de sorte qu'une personne est **incapable de se concentrer, s'agite ou réagit de manière agressive.**
- Comment, dans un état dissocié, une personne peut présenter **un comportement peu apathique, un regard vide ou une posture inhibée.**

Conformément aux principes du présent guide pratique, cette théorie indique qu'une personne ayant subi des traumatismes doit être accompagnée afin d'accéder aux effets apaisants de son propre système d'engagement et de lien social, en interagissant avec celui d'une autre personne.



Regarder + réfléchir:

La théorie polyvagale

Dans cette vidéo (en anglais), Stephen Porges propose un bref aperçu de la théorie polyvagale.

<https://www.youtube.com/watch?v=ivLEAlhBHPM>

À partir de la discussion, notez 3 éléments que vous pourriez utiliser pour améliorer votre relation avec une personne susceptible d'avoir un passé traumatique

4.4 La théorie de vulnérabilité latente

Ces deux théories neurologiques entrent en résonance avec les travaux d'Eamon McCrory (professeur de neurosciences du développement et de psychopathologie) et de ses collègues de l'University College London. En travaillant avec de jeunes personnes victimes de traumatismes à des degrés divers au cours de leur vie, McCrory a pu démontrer que les abus et les mauvais traitements **affectent les représentations que les jeunes personnes ont d'elles-mêmes et des autres**. Soucieux de souligner que les connaissances dans ce domaine n'en sont qu'à leurs débuts, ses travaux ont démontré que les adolescents ayant subi des traumatismes précoces présentent des caractéristiques communes :

- **Activité accrue dans certaines zones spécifiques du cerveau (système limbique)** comparable à celle des soldats ayant vécu des combats et à celle des adultes souffrant de troubles mentaux diagnostiqués. Le système limbique est responsable du traitement des informations en provenance des sens (l'ouïe, la vue...) afin de détecter les menaces et de prévenir les situations dangereuses ou de déclencher des actions de protection.
- **Nature subconsciente de cette activité.**
- Mémoire autobiographique sur-généralisée : ils ne sont pas en mesure de s'appuyer sur des détails spécifiques de vécus antérieurs pour appréhender plus sereinement les situations actuelles. Ce qui peut par exemple affecter les capacités de l'enfant à **résoudre des problèmes en situation sociale ou à affronter des menaces et des facteurs de stress ultérieurs**.
- **Tendance à tirer des conclusions négatives et à ressasser. Ils peuvent ainsi avoir tendance à se focaliser sur des pensées et des vécus négatifs, et à les ressasser**, même lorsqu'ils repensent à des souvenirs positifs de la vie quotidienne. De tels comportements sont également observés chez des adultes souffrant de dépression et de syndrome de stress post-traumatique.

Pour McCrory, ces résultats indiquent la manière dont les enfants apprennent à s'adapter aux vécus traumatisants. Par exemple, lorsque le souvenir d'un traumatisme est déclenché ou activé, l'enfant peut réagir d'une manière qui a contribué à le protéger lors de l'évènement traumatique initial. Mais à long terme, certaines réponses adaptatives peuvent leur être préjudiciables dans d'autres environnements. McCrory parle de « **vulnérabilité latente** » pour indiquer le fait qu'en l'absence d'une aide appropriée dans l'enfance, ces

réponses adaptatives peuvent être à l'origine de difficultés de santé mentale futures. Elles peuvent **prédisposer les enfants à des préjudices ultérieurs**, par exemple des facteurs de stress et/ou des traumatismes supplémentaires, mais aussi **affecter leur capacité à établir des relations protectrices** avec les adultes et les pairs.

Tout comme d'autres chercheurs, McCrory insiste sur le fait qu'en raison de la **neuroplasticité du cerveau** (la capacité du cerveau à créer de nouvelles voies neuronales), **ces conséquences ne relèvent pas du déterminisme : elles ne sont pas inéluctables**. Ainsi, s'il est indéniable que le traumatisme peut être dévastateur pour le cerveau en développement, les altérations peuvent être surmontées si un type adéquat de relations réparatrices et de vécus reconstructeurs est proposé. Selon McCrory et ses collaborateurs, ces éléments démontrent la nécessité d'une **transformation en profondeur des paradigmes de prise en charge**, pour s'orienter vers **des approches plus préventives** visant à mieux comprendre le vécu des enfants.



Regarder + réfléchir:

Les traumatismes dans l'enfance et le cerveau

En se basant sur les travaux du professeur Eamon McCrory, cette vidéo d'animation (en anglais) explore la manière dont les traumatismes subis pendant l'enfance peuvent affecter différents systèmes cérébraux. Comment pourriez-vous utiliser ces informations pour aider les adultes responsables à réfléchir à des manières d'interagir différemment avec les enfants victimes de traumatismes ? Que peuvent penser des enfants de cette vidéo d'animation ?

<https://uktraumacouncil.org/resources/childhood-trauma-and-the-brain?cn-reloaded=1>

4.5 Les facteurs influençant les réponses des individus aux traumatismes

Les manières dont les individus réagissent aux traumatismes sont très diverses et spécifiques à chaque personne. Deux personnes vivant un même événement ou faisant partie d'une fratrie exposée aux mêmes circonstances familiales auront des réactions différentes. En outre, ces réactions peuvent évoluer avec le temps. Quatre grandes catégories génériques ont été identifiées pour nous aider à garder à l'esprit la possibilité de réponses différenciées.¹⁰

- **Résilience :** le traumatisme a peu d'impact sur le niveau de détresse de la personne ou sur sa capacité à faire face à la situation, que ce soit immédiatement après l'événement ou plus tard.
- **Reconstruction :** au début, la personne peut être très perturbée et avoir du mal à faire face au traumatisme. Mais avec le temps, cette difficulté s'estompe et la personne reprend le dessus.

¹⁰. Brennan, R et al. (2019). *Adversity and Trauma-Informed Practice: a short guide for professionals working on the frontline*. Young Minds publications, page 8. <https://youngminds.org.uk/media/3091/adversity-and-trauma-informed-practice-guide-for-professionals.pdf>.

- **Différé** : au début, l'impact du traumatisme semble peu évident, mais à un stade ultérieur, des difficultés et des souffrances commencent à s'installer.
- **Persistance** : les personnes éprouvent des difficultés et de la détresse dès le moment du traumatisme ou immédiatement après, et ces difficultés persistent.

Il est fort probable que les personnes victimes de traumatismes complexes entrent dans la catégorie « Persistance », mais il ne faut pas en déduire automatiquement que ce sera le cas. De même, il est très probable que les personnes ayant subi un traumatisme à événement unique soient moins susceptibles de connaître des difficultés persistantes, mais une petite minorité peut malgré tout en être affectée. Le vécu traumatique est subjectif. De nombreux facteurs **peuvent influencer la manière dont une personne réagit à un traumatisme**. Il peut s'agir de facteurs de risque ou de protection. Quelques exemples :

- **Le patrimoine génétique d'une personne, son âge et ses capacités intellectuelles.**
- Le niveau des **ressources internes** sur lesquelles une personne peut s'appuyer, par exemple si elle a une image positive d'elle-même.
- La **nature et les circonstances du traumatisme**, par exemple s'il s'agit d'un traumatisme relationnel, d'un vécu partagé, ou si la personne a été contrainte de garder le silence, par des menaces ou une forme de stigmatisation.
- Le fait que la personne ait déjà vécu un ou plusieurs événements traumatiques au cours de sa vie.
- **La réaction de l'entourage de la personne**, par exemple si on la croit, si quelqu'un est là pour l'aider à réguler ses émotions et si une autre personne est présente pour l'aider à « donner du sens » à ce vécu.
- **Les réponses des administrations territoriales et nationales**, par exemple l'efficacité des secours en cas de catastrophe naturelle ou la disponibilité de services d'assistance spécialisés en cas d'agression sexuelle.

4.6 La fenêtre de tolérance : une manière de comprendre les réponses aux traumatismes

Le concept de « fenêtre de tolérance », développé par Dan Siegel (2010), professeur de psychiatrie clinique basé à Los Angeles, est un cadre d'analyse apprécié en psychologie : il constitue un outil utile pour comprendre l'impact des traumatismes et la réponse qu'y apportent les individus. Recourant à une répartition en 3 zones, la fenêtre de tolérance est une métaphore et une représentation visuelle de la façon dont les individus gèrent le stress de manière générale, et plus particulièrement dans le contexte d'un traumatisme. Pour illustrer ce concept, nous nous sommes inspirés de diagrammes développés par la NHS Education for Scotland¹¹ :

- a) La Zone verte – correspond à un niveau de vigilance optimal dans lequel nous pouvons faire face et affronter les hauts et les bas de la vie quotidienne.
- b) La Zone rouge – correspond à un état d'hypervigilance (trop d'émotions ressenties).
- c) La Zone bleue – correspond à un état d'hypovigilance (pas assez d'émotions ressenties)



11. NES (2019). Fenêtre de tolérance. <https://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/by-discipline/psychology/multiprofessional-psychology/national-trauma-training-framework/scottish-national-trauma-training-video-series.aspx>.

a) Niveau de vigilance optimal (zone verte)

Faisant écho au système d'engagement social de Porges, la Figure 5 met en évidence la zone verte, le niveau de vigilance optimal, dans lequel nous ressentons une sensation de stabilité et de calme et où nous sommes capables de penser, de planifier et d'être en lien avec les autres. Dans cette zone, nous pouvons également rencontrer des difficultés (douleur, chagrin, colère, angoisse, etc.) qui peuvent nous amener aux limites de notre Fenêtre de tolérance. Nous sommes cependant globalement capables de tolérer ces facteurs de stress. Bien que notre fonctionnement quotidien puisse être affecté, nous sommes en mesure de faire appel à des ressources internes et externes pour traverser les périodes difficiles.

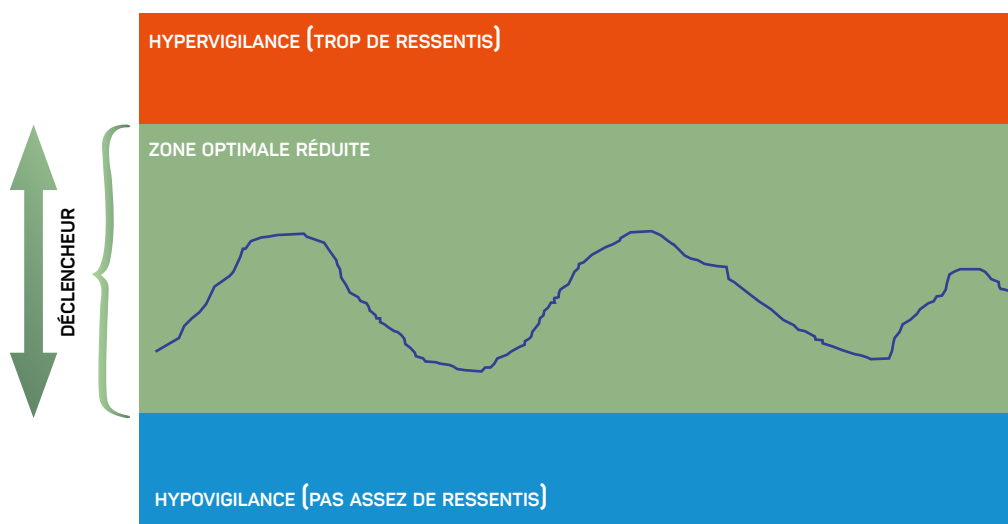


FIGURE 5
NHS NES, LA FENÊTRE DE TOLÉRANCE – NIVEAU DE VIGILANCE OPTIMAL

b) Réduction de la Fenêtre de tolérance suite à un traumatisme

Cette fenêtre n'est pas figée : les personnes victimes de traumatismes chroniques, pour qui le monde est dangereux, peuvent avoir une fenêtre de tolérance plus étroite et moins flexible (figure 6). En pareil cas, une personne peut réagir à des facteurs de stress, aussi mineurs puissent-ils sembler, en entrant dans un état d'hypervigilance ou d'hypovigilance. Le déclencheur du stress d'une personne peut être un souvenir conscient, mais il est plus probable qu'il s'agisse d'une sensation ou d'un stimulus inconscient – par exemple une odeur, un ton de voix, un sentiment de honte ou d'humiliation, etc. Les déclencheurs sont nombreux et spécifiques à chaque individu.

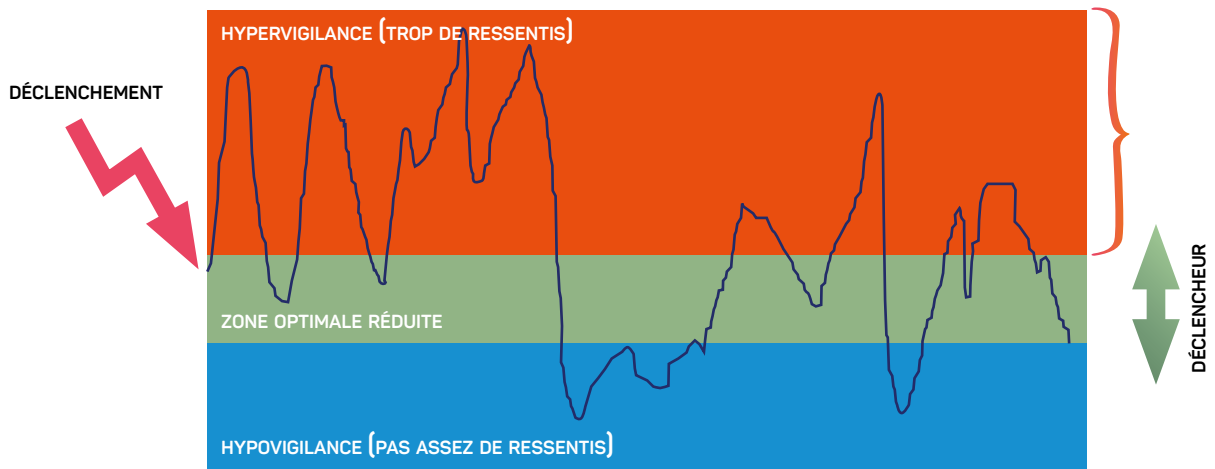


FIGURE 6
NHS NES, LA FENÊTRE DE TOLÉRANCE – RÉDUCTION DE LA FENÊTRE SUITE À UN TRAUMATISME

c) Hypervigilance (zone rouge)

En cas d’hypervigilance liée à un traumatisme (Figure 4) (ce que Porges appelle la mobilisation, l’état sympathique), nos ressentis peuvent être exacerbés et intensifiés et nous devenons moins capables de recourir à des stratégies d’auto-apaisement, à nous ramener au calme. Notre capacité à penser clairement et à résoudre des problèmes peut être affectée, et nous pouvons ressentir une énergie/vigilance excessive, conduisant à des états d’angoisse, de panique et d’agitation. Cela peut se manifester par des difficultés à dormir, à manger, à digérer et à gérer nos émotions. Travailler avec des personnes affectées par ce type d’état peut s’avérer difficile, car elles semblent ne pas écouter ou ne pas vouloir suivre de conseils. Ce n’est pas intentionnel de leur part : elles ne sont tout simplement pas capables de revenir dans la zone verte optimale.

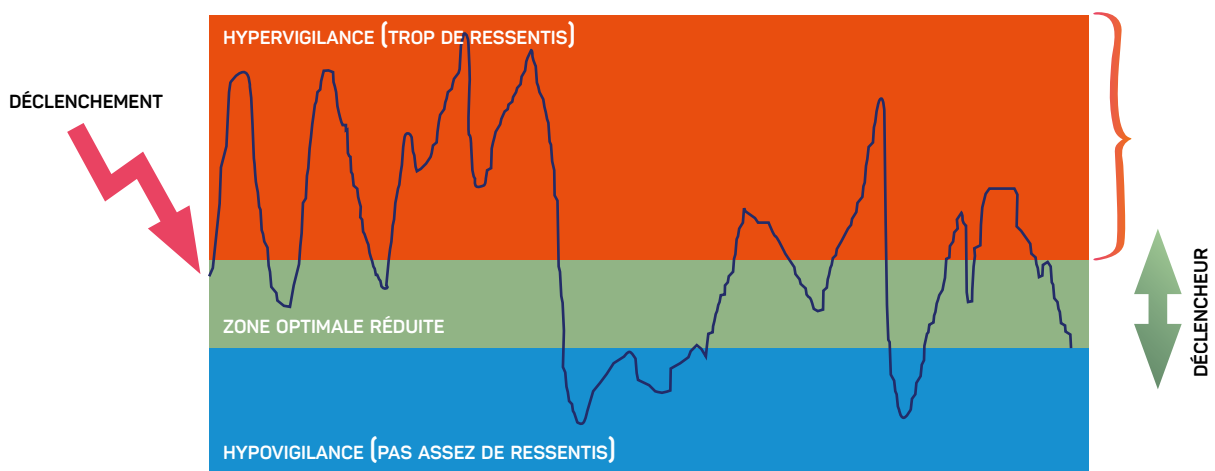


FIGURE 7
NHS NES, LA FENÊTRE DE TOLÉRANCE – HYPERVIGILANCE

d) Hypovigilance (zone bleue)

Lorsque notre réaction au traumatisme provoque une « inhibition/sidération », nous engourdit ou nous tétanise, nous passons dans un état d'hypovigilance – chez Porges, l'activation de la voie vagale dorsale (Figure 5). Dans ce type de cas, dépourvus d'énergie, nous pouvons être amenés à nous sentir épuisés, abattus et déconnectés, et nos émotions peuvent être désactivées. Là encore, le sommeil (excès), l'alimentation et la digestion peuvent en affectés. Il est également difficile de travailler avec des personnes en état d'hypovigilance, car elles peuvent sembler démotivées, découragées et peu réceptives aux propositions d'aide.

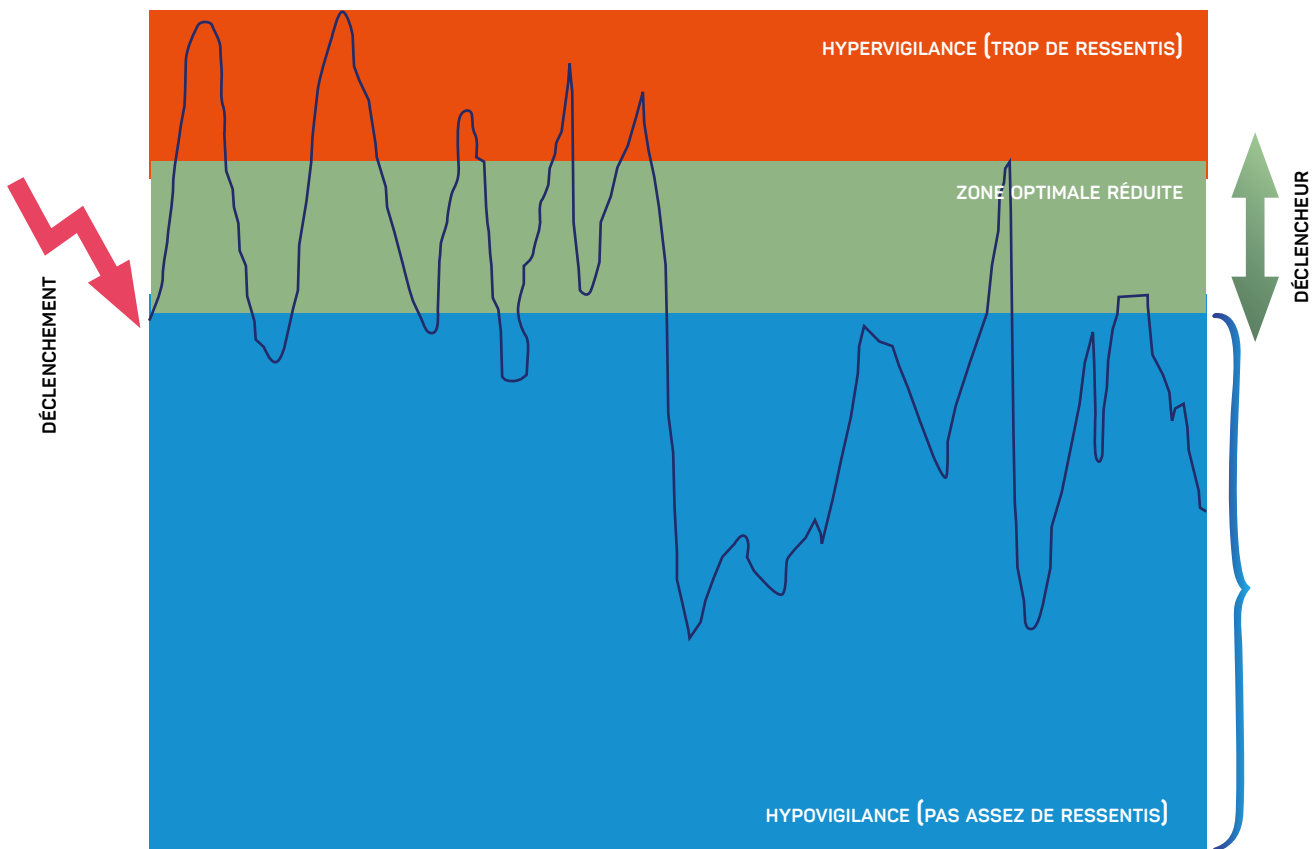


FIGURE 8
NHS NES, LA FENÊTRE DE TOLÉRANCE – HYPOVIGILANCE

Il est important de savoir que les personnes peuvent passer d'un état d'hypervigilance à un état d'hypovigilance, possiblement du fait que l'esprit, le cerveau et le corps se trouvent tellement dépassés qu'ils ne sont plus en mesure de rester dans l'état d'hypervigilance. Les personnes peuvent également chercher à changer elles-mêmes d'état en consommant des substances ou en s'engageant dans des activités, souvent risquées, pour se sentir plus vivantes ou plus calmes, par exemple en consommant des substances, en s'automutilant, etc.

La fenêtre de tolérance est un concept utile à plus d'un titre :

- Elle invite à une démarche de compassion et de compréhension de la part des personnes qui agissent en tant qu'aidants.
- Elle nous rappelle que les réactions qui entrent dans la catégorie de l'hypovigilance constituent également des signes de détresse, même si elles ne provoquent pas une réaction d'hypervigilance chez nous. L'enfant silencieux a peut-être appris à se faire discret pour éviter la souffrance.
- Elle nous incite à prêter attention à nos propres expériences et réactions.
- Elle nous encourage à prêter attention aux mots que nous utilisons lorsque nous effectuons un compte-rendu ou consignons le comportement des personnes.
- Elle constitue un outil accessible à partager avec les enfants et les parents pour les aider à comprendre leur comportement et identifier leurs états mentaux.
- Elle nous aide à identifier des stratégies potentiellement utiles pour ramener une personne à une sensation d'équilibre.



Regarder + réfléchir:

Ici, Caroline Bruce, psychologue clinique à la NHS Education for Scotland, applique la Fenêtre de tolérance pour mieux accompagner les personnes ayant subi un traumatisme lorsqu'elles témoignent au tribunal.

Que suggère-t-elle pour éviter une « répétition traumatique » ?

Solutions pour éviter aux témoins une répétition traumatique, partie 3 : La Fenêtre de tolérance

<https://vimeo.com/378985172>

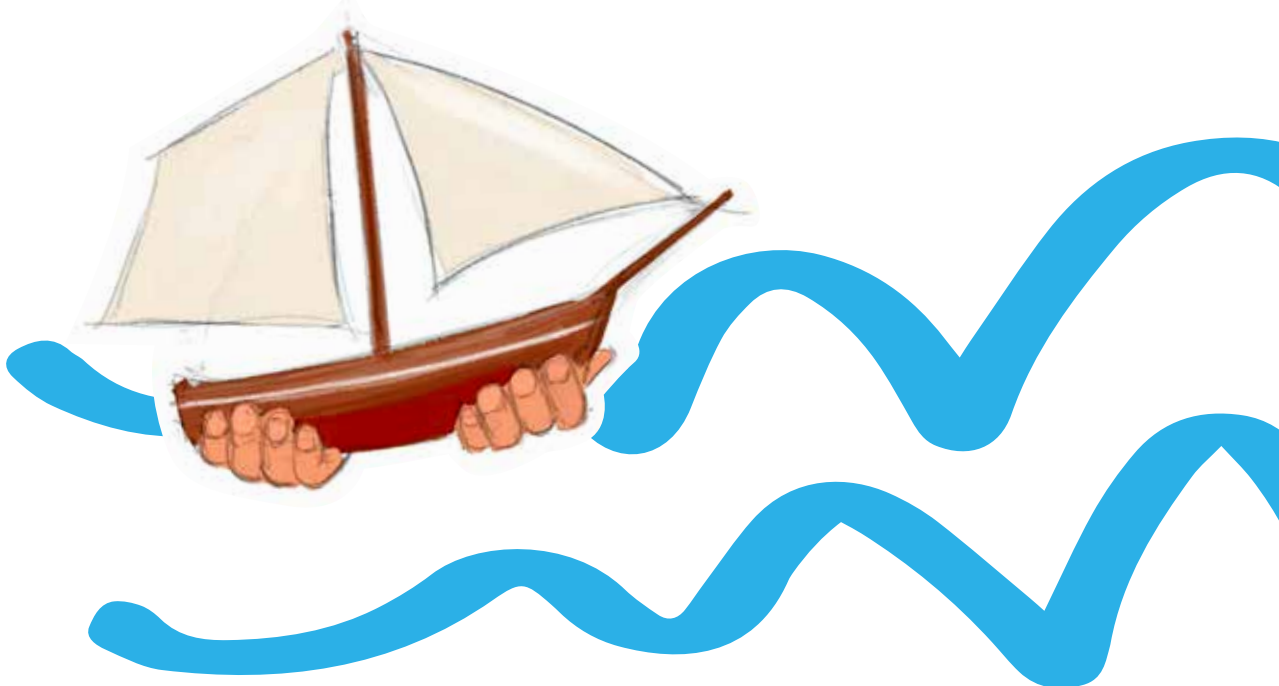


Éléments à prendre en compte:

Pensez à une rencontre récente dans votre travail avec un enfant ou un adulte dont le comportement vous a inquiété. Essayez de vous souvenir d'autant de détails que possible concernant cette rencontre. Comment la Fenêtre de tolérance pourrait-elle vous aider à modifier votre manière de penser ou de décrire ce qui se passe pour a) l'enfant ou l'adulte et b) pour vous ? En vous remémorant cette rencontre, que feriez-vous différemment pour aider l'autre personne et vous-même à rester dans votre Fenêtre de tolérance ou à y revenir ?

Ne pas oublier

- La littérature scientifique propose de multiples définitions du traumatisme et de manières de l'appréhender. Certaines mettent l'accent sur l'événement lui-même, tandis que d'autres se concentrent sur l'impact qui affecte la personne. Il est utile de faire la distinction entre le traumatisme « aigu » et le traumatisme « complexe ». Tous deux ont un impact sur la « sensation de sécurité » de l'individu, mais ils sont sensiblement différents en ce qui concerne l'impact sur l'image qu'une personne peut avoir d'elle-même, ainsi que sa relation avec les autres, en particulier si le traumatisme est vécu à un jeune âge.
- Les réponses aux traumatismes sont inhérents à la condition humaine et sont considérées comme des « comportements adaptatifs » qui ont permis à une personne de survivre à son vécu traumatique. Elles se produisent souvent à un niveau subconscient et les personnes ne sont pas toujours capables d'expliquer avec des mots les raisons qui les ont poussées à réagir de telle ou telle manière.
- Les personnes réagissent aux traumatismes de différentes manières, selon l'équilibre entre les facteurs de « risque » et de « protection » présents dans leur environnement. La confiance et le soutien relationnels sont des éléments essentiels de la capacité des personnes à se reconstruire après un traumatisme, mais ce sont ces mêmes éléments qui peuvent être les plus affectés dans les situations de traumatisme complexe.
- Aider les personnes à comprendre comment le cerveau, le corps et l'esprit réagissent aux traumatismes peut les aider à développer une compréhension plus emphatique envers elles-mêmes de leur vécu traumatique, pour les aider à former de nouveaux récits personnels sur ce qui leur est arrivé.
- Forts de ces connaissances, les praticiens et les organisations peuvent commencer à examiner et à évaluer les manières dont leurs pratiques, leurs procédures, leurs structures, etc. peuvent involontairement provoquer une répétition traumatique chez les personnes victimes de traumatismes.







CHAPITRE 5



Le traumatisme complexe et son impact sur le développement de l'enfant

CHAPITRE 5

LE TRAUMATISME COMPLEXE ET SON IMPACT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

« Il me semble que les professionnels sous-estiment parfois ce que les enfants comprennent. Parfois, les professionnels ne peuvent même pas imaginer ce que les enfants ont déjà dû affronter. » (Citation d'un jeune, phase d'évaluation, 2020)

INTRODUCTION

Ce chapitre explore plus en détail le concept de traumatisme complexe, car c'est ce type de traumatisme qui est le plus susceptible d'avoir été vécu par les enfants bénéficiant d'une prise en charge. Conformément au principe selon lequel le traumatisme doit être compris dans une perspective de développement de l'enfant, nous prêterons d'abord attention à certaines des composantes essentielles qui façonnent le développement psychosocial de l'enfant, puis nous examinerons l'impact potentiel du traumatisme complexe et la manière dont il peut se manifester dans les pensées, les ressentis, les actions et la santé physique des enfants.

5.1 Composantes essentielles du développement psychosocial des enfants

Le développement de l'enfant peut être appréhendé selon plusieurs perspectives distinctes, qui se recoupent. Dans la littérature scientifique, l'attention est souvent accordée à différents domaines de développement – physique, psychologique, neuro-développemental, cognitif, sexuel, spirituel, etc. ou en pensant à différents stades de développement, par exemple prénatal, petite enfance, enfance, enfance moyenne, adolescence, jeune adulte, etc. Nous accordons ici une attention particulière au développement psychosocial des enfants, tout en sachant qu'il s'agit uniquement de l'un des aspects des besoins holistiques des enfants.

Le développement du cerveau d'un enfant est fortement influencé par ses expériences de vie, en particulier celles qui se produisent in utero (avant sa naissance) et dans la petite enfance. Le cerveau se développe de manière séquentielle : au travers d'actions répétitives, des voies et des connexions se construisent par étapes logiques dans les différentes zones du cerveau et entre elles, ce qui permet un accroissement progressif des compétences, des potentialités et des capacités.

D'un point de vue psychosocial, la réflexion sur le développement de l'enfant s'inspire largement des travaux de John Bowlby, psychologue et psychanalyste anglais. Sa théorie de l'attachement, qui décrit comment les enfants, dans le cadre de leur besoin de survie, cherchent le réconfort et à se sentir rassurés auprès de leur(s) figure(s) d'attachement principales dans les moments de détresse, fournit les bases permettant de comprendre la nature et l'impact des traumatismes complexes sur la vie des enfants. La théorie de

l'attachement établit que lorsque les besoins de survie des enfants sont satisfaits par l'établissement d'une base sécurisante (leur relation avec leur(s) figure(s) d'attachement principales), ce n'est qu'à ce moment-là qu'ils sont libres d'explorer leur monde, en ayant confiance dans le fait que leurs besoins de réconfort et de lien seront satisfaits quand ils en auront besoin.

À ses débuts, la théorie de l'attachement accordait une attention particulière au fait d'identifier le « style d'attachement » qu'un enfant serait susceptible de développer en réponse à sa prise en charge dans la petite enfance, puis de reproduire tout au long de sa vie. Plus récemment, les connaissances en matière d'attachement suggèrent que les styles d'attachement sont plus nuancés et que, du fait de l'adaptabilité du cerveau (neuroplasticité), ils sont peut-être moins statiques (déterministes) que ce qui avait été décrit dans un premier temps. Aujourd'hui, les théoriciens cherchent à combiner la vision originelle liée à la « survie » avec une perspective où l'attachement est compris comme un « processus » continu dans lequel des compétences de développement interdépendantes sont acquises et entretenues.

Nous pensons qu'il est essentiel de comprendre les traumatismes complexes à travers le prisme du développement de l'enfant : cela nous permet de mieux comprendre comment les traumatismes peuvent perturber le développement des enfants et de mieux identifier ce que nous pouvons faire pour les aider à reprendre le cours de leur développement. Bien que nous abordions ci-dessous un certain nombre de composantes psychosociales dans les premières expériences relationnelles des enfants, il est important de noter que ces composantes restent des caractéristiques de la vie au quotidien tout au long de l'enfance et au-delà. Le volet formation explorera ces questions plus en détail.

a) L'être humain est un animal social

Nous avons déjà appris qu'en raison de l'histoire de notre évolution, les humains sont des animaux sociaux et qu'ils ont un besoin d'appartenance : c'est ce qui nous a permis de survivre et prospérer en tant qu'espèce. Ainsi, nombre de nos systèmes corporels sont axés sur les relations et les liens sociaux. Contrairement à d'autres animaux, les jeunes humains mettent longtemps à mûrir et devenir indépendants. Ils ont donc besoin de leurs principales figures d'attachement comme source constante de sécurité, de stabilité et de réconfort. Par conséquent, toute conduite donnant à un enfant le sentiment d'être déconnecté de son réseau de socialisation ou de s'en éloigner sera vécue comme une menace et déclenchera la réponse humaine au stress.

b) Les enfants sont acteurs de leur propre développement

Les nourrissons et les jeunes enfants ne sont pas des spectateurs passifs de leur développement. **Dès leur naissance, les bébés cherchent activement à s'attacher à leur(s) principale(s) figure(s) d'attachement, dans le but de s'en rapprocher toujours plus pour leur sécurité et leur protection.** Ce sont là les premiers signes de l'expression d'un « sens de l'agentivité » chez l'enfant. Comme le souligne le National Child Trauma Stress Network, le développement d'un « sens de l'agentivité » (ou d'une « maîtrise ») est essentiel au développement de l'enfant, car il établit :

« ... une capacité à considérer ses propres actes comme ayant un sens et une valeur. »¹²




12. The National Child Trauma Stress Network www.nctsn.org/effects

c) Les enfants apprennent à se réguler par la co-régulation

L'autorégulation ou régulation émotionnelle est une compétence importante **que les enfants doivent absolument acquérir** et entretenir dans le cadre de la relation d'attachement. **La régulation des enfants nécessite toujours la présence d'un adulte co-régulateur.** Au cours du développement précoce, tout est nouveau dans le monde du bébé et présente donc de nombreuses menaces potentielles. En apportant **du réconfort, du calme et de l'attention dans des moments de joie et d'intimité**, la personne qui s'occupe de l'enfant établit une relation qui l'aide à réguler ses émotions. Ce modèle de prise en charge cohérente et répétitive, dans laquelle **le parent accueille l'état émotionnel du bébé et y réagit par le biais du ton de la voix, de l'expression du visage, du toucher et du geste**, aide l'enfant, au fil du temps, à apprendre que les états émotionnels sont temporaires, ont des noms et peuvent être gérés. (Notez ici les recoupements avec la logique du système d'engagement social dans la théorie polyvagale de Porges).

d) La mentalisation : Comment les enfants ont besoin des autres pour les aider à développer leur esprit

Le concept de « mentalisation » est issu des travaux de Peter Fonagy¹³, psychologue et psychanalyste hongrois qui travaille à l'University College London et à l'Anna Freud National Centre for Children and Families Centre. Il porte sur **la manière dont l'esprit des enfants se développe**. La mentalisation désigne **l'effort qu'un individu engage pour comprendre les pensées, les croyances, les connaissances, les désirs et les intentions des autres** : en d'autres termes, ce qui se passe dans leur monde subjectif. La capacité d'un adulte responsable à reconnaître le fait que son enfant dispose de son propre esprit et de ses propres pensées, sentiments, désirs, etc. aide l'enfant à développer cette compréhension et, avec le temps, à réaliser que le comportement des autres est également sous-tendu par ces états mentaux. Si un enfant **constate que sa ou ses principales figures d'attachement lui renvoient fidèlement ses véritables pensées, croyances, désirs, intentions**, etc., cela l'aide non seulement à **organiser ses états mentaux** (la réponse correspond à son intention), mais cela lui donne également le sentiment d'**être reconnu et compris**. Fonagy suggère que c'est cette expérience même, d'« être compris », de **se reconnaître dans la compréhension de sa principale figure d'attachement**, qui permet à l'enfant de **développer un sentiment de confiance et d'appartenance**. Il n'est pas essentiel qu'un parent « comprenne » tout le temps l'état mental de l'enfant, mais c'est dans l'échange entre les deux « partenaires » sur les intentions de chacun que la confiance se construit. Les enfants qui vivent rarement ou ne vivent pas ce type d'échange dans leurs relations avec leurs principales figures d'attachement peuvent avoir du mal à comprendre et à lire leurs propres intentions et celles des autres.


 13. Fonagy and Target (2002.). Early Intervention and self regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22:3, 307-335
<http://dx.doi.org/10.1080/07351692209348990>.

e) L'ajustement de la prise en charge (« attuned care »)

Vecteur de la régulation, l'ajustement de la prise en charge définit **dans quelle mesure la (les) figure(s) d'attachement principale(s) sont en mesure de reconnaître le « sens de l'agentivité » de l'enfant et de s'adapter à ses états émotionnels et à son attention.** En s'appuyant notamment sur les travaux de Fonagy, Elizabeth Mein¹⁴, professeure de psychologie à l'University of York, en Grande-Bretagne, a élaboré le concept d'« **orientation mentale** » (« mind-mindedness ») **pour nous aider à visualiser ce qui peut constituer en pratique un ajustement de la prise en charge.** Dans son étude des **interactions jeune enfant / parent, elle établit que si une/des figure(s) d'attachement principale(s) interprète(nt) le comportement des enfants comme étant signifiant,** elle(s) peu(ven)t d'une part **entrer plus précisément en résonance avec les émotions, les désirs et les centres d'intérêt de l'enfant,** et d'autre part **répondre** à l'enfant en ce qui concerne ses états psychologiques et émotionnels. Les nourrissons s'épanouissent lorsque leur(s) figure(s) d'attachement principale(s) **estime(ent) que le bébé dispose de son propre esprit,** est (sont) **curieuse(s)** de ses pensées et ressentis, et **lui adresse(nt) des commentaires adéquatement orientés,** par exemple lorsqu'un parent dit à un bébé : « Je vois que tu en as assez de ce jouet. » Le niveau d'adéquation du commentaire de cet exemple dépendra évidemment du niveau de lassitude effectif du nourrisson. S'il montre de l'intérêt (en regardant fixement le jouet, en essayant de l'attraper...), alors le commentaire n'est pas adéquat. L'orientation mentale parentale implique d'aller **plus loin pour les parents que de parler de leurs pensées et de leurs ressentis.** Elle implique le fait de commenter de manière **ajustée et sensible les initiatives de l'enfant.**

f) Comment le « cycle de rupture et de réparation » favorise la régulation et la sociabilité

Les enfants et leur(s) figure(s) d'attachement principal(es) ne sont pas constamment en phase ou en alignement les uns avec les autres. Tout au long de l'enfance, mais surtout avant l'acquisition du langage, de fréquentes « **ruptures** » se produiront au cours d'une même journée, au cours desquelles les signaux seront mal interprétés ou encore où l'adulte/les adultes responsable(s) mettront un certain temps à identifier l'origine de la détresse de l'enfant (expression de la faim, de la fatigue, de la douleur...). L'élément important est que **l'harmonie de la relation soit rétablie (« réparation ») dans la mesure où les besoins de l'enfant sont satisfaits par une attention tendre, apaisante et reconfortante.** Lorsque l'enfant devient mobile et qu'il se met à explorer son monde, les incidents de « rupture-réparation » augmentent considérablement, car la curiosité de l'enfant exige que son ou ses principales figures d'attachement soient constamment vigilantes. Au fil de la journée, lorsque l'on dit aux enfants de ne pas toucher quelque chose de chaud / de ne pas frapper l'animal de la famille / de ne pas mettre quelque chose de sale dans leur bouche, etc de multiples occasions de « ruptures » et de « réparation » se présentent. Le cycle « rupture-réparation » remplit ainsi deux fonctions importantes :

- Avec le temps, ce processus aide l'enfant à **explorer en toute sécurité, à gérer ses impulsions et à se conformer aux normes sociales.**
- Il aide l'enfant à établir **une distinction claire** entre un comportement indésirable, à savoir **ce qu'il a fait,** et le fait qu'il continue d'être aimé et apprécié pour ce qu'il est. Le sentiment de sécurité et de connexion de l'enfant, fondé sur sa relation avec son ou ses principales figures d'attachement, demeure intact.

14. Mein, E. (2013.). Sensitive attunement to infants' internal states: operationalizing the construct of mind-mindedness [https://www.york.ac.uk/media/psychology/mind-mindedness/Meins%20\(2013\).pdf](https://www.york.ac.uk/media/psychology/mind-mindedness/Meins%20(2013).pdf).

g) La confiance épistémique : La base sur laquelle peuvent se construire l'apprentissage et l'intégration sociale

Fonagy suggère que la confiance qui se développe dans les premières relations d'attachement de l'enfant (ce qu'il appelle la « **confiance épistémique** ») **est fondamentale dans la mesure où elle jette les bases de tout apprentissage et de toute intégration sociale à venir**. Il affirme que du fait de leur relation d'attachement avec leurs principales figures d'attachement, les enfants perçoivent les nouvelles connaissances reçues de leur part comme étant dignes de confiance et pertinentes, et ils sont donc disposés à les intégrer dans leur vie. Ce processus développe dans l'esprit des enfants le **sentiment que les solutions d'apprentissage et de résolution de problèmes se trouvent dans le réseau de socialisation qui les entoure**. Dans les premières années, ces expériences ouvrent l'esprit de l'enfant à l'apprentissage et à l'engagement dans un monde social plus vaste, sous la direction de son ou ses principales figures d'attachement. Au fur et à mesure que l'enfant grandit et que ses horizons s'élargissent, cette confiance épistémique devient transférable à d'autres relations avec des adultes (par exemple des enseignants, des entraîneurs sportifs, des médecins, etc.), permettant ainsi l'épanouissement de l'apprentissage, de l'engagement social et de l'autonomie. De manière fondamentale, la confiance épistémique se trouve à l'origine des comportements de « recherche d'aide ».



Regarder + réfléchir:

Peter Fonagy propose ici une explication claire et accessible du rôle de la compréhension du développement de l'esprit des enfants, et de son importance, à l'aide des concepts de « mentalisation » et de « confiance épistémique ». Comment décririez-vous ces idées à un·e collègue en employant des mots courants ?

Peter Fonagy – What is Mentalization – Simms Mann Institute – 18th Nov 2016.
<https://www.youtube.com/watch?v=MJ1Y9zw-n7U>

5.2 Autisme et mentalisation

Les enfants présentant des troubles du spectre autistique ou des schémas de comportement atypiques (on parle parfois d'enfants neuro-atypiques), disposent des mêmes droits que tout autre enfant à voir leurs besoins pris en considération.

Pour les enfants présentant des troubles du spectre autistique, la capacité à comprendre les états mentaux des autres a fait l'objet d'une attention particulière. Comme indiqué précédemment, il s'agit d'une compétence importante qui aide l'enfant à se connecter aux autres, à se sentir en sécurité et à s'épanouir. **Ne pas être capable de comprendre que les autres peuvent ne pas penser comme soi-même, ou ne pas être capable de comprendre les pensées et les ressentis des autres, peut rendre le monde très effrayant et imprévisible**. De manière générale, les enfants ont tendance à acquérir cette capacité de mentalisation vers l'âge de quatre ans, mais les enfants présentant des troubles du spectre autistique peuvent trouver cela plus difficile.

Les enfants présentant des troubles du spectre autistique peuvent également **avoir des manières inhabituelles de penser et de traiter les informations**. Cela peut avoir un impact sur le fonctionnement opérationnel, qui aide à la prise de décision et

à la focalisation, tout en permettant à l'enfant de disposer d'une vue d'ensemble et de déduire un sens en fonction des situations.

Une étude à grande échelle (Wing, L. & Gould, J. (1979)¹⁵ a identifié trois domaines opérationnels susceptibles de nécessiter une réflexion et une attention particulières :

- **Les relations sociales**, par exemple nouer et entretenir des amitiés, gérer les temps non structurés, travailler en coopération avec les autres.
- **Les questions de communication**, par exemple le fait de retenir des informations verbales, interpréter le langage corporel, les expressions du visage et les gestes, et comprendre les traits d'humour.
- **L'adaptabilité de la pensée et de l'imagination**, par exemple intégrer le changement, comprendre les généralisations.

En outre, la recherche sur **le traitement et l'intégration sensoriels** commence également à nous offrir une meilleure compréhension de la façon dont les enfants présentant des troubles du spectre autistique perçoivent le monde. Chaque enfant est bien entendu unique, mais **la manière dont un environnement répond aux besoins sensoriels** d'un enfant peut avoir un impact considérable sur sa capacité à fonctionner et sur ses niveaux de vigilance.

Bien que les troubles du spectre autistique soient potentiellement d'origine neuro-développementale, il est intéressant de constater que **les enfants qui en sont atteints peuvent présenter des comportements similaires à ceux observés chez les enfants dont les premières expériences d'attachement ont été perturbées**. Ce point souligne l'importance du fait de recueillir des informations de base de bonne qualité et d'être réellement curieux des raisons pour lesquelles un enfant se comporte d'une manière identifiée comme particulière. **La recherche en matière de neuro-diversité peut beaucoup apporter aux approches classiques de la prise en charge en service d'hébergement agréé**. À titre d'exemple, on sait que les personnes présentant des troubles du spectre autistique peuvent, avec du temps et de la pratique, **prendre conscience des états mentaux, au moyen d'un apprentissage ciblé**. Il est donc clair que les capacités de mentalisation peuvent être développées un peu plus tard.

5.3 L'impact psychosocial potentiel des traumatismes sur le développement des enfants

Pour récapituler, les traumatismes complexes sont sensiblement différents des formes ponctuelles et aiguës de traumatismes, à plusieurs titres :

- **Ils sont chroniques et se répètent**
- **Ils se produisent dans l'enfance**
- **Ils se produisent dans le contexte des relations de l'enfant.**

Certains articles parlent aussi parfois de « **traumatisme du développement** » ou de « **traumatisme relationnel** ».

15. Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

a) Infractions par commission et par omission

Du point de vue de l'enfant, le traumatisme complexe peut prendre deux formes :

- **Les infractions par commission** : actes néfastes et intrusifs, souvent commis par des adultes de confiance, qui exploitent la peur de l'enfant. Il s'agit par exemple des abus physiques, émotionnels et sexuels, des expositions à la violence domestique, etc.
- **Les infractions par omission** : absence répétée de soins sécurisants, apaisants et stimulants, susceptible de provoquer un ressenti d'isolement ou d'abandon.

Les infractions par omission, également dénommées « **négligences** », sont bien souvent oubliées et sous-estimées lorsqu'on aborde les questions de traumatisme. Il est relativement courant de ne pas identifier des schémas de négligence, dont la nature peut s'avérer subtile et étendue dans le temps, lorsqu'on travaille avec des familles qui connaissent une multitude de problèmes. De même, la compréhension de la réaction à la menace produite par la négligence est souvent négligée. Du point de vue de l'enfant, **l'impact de la négligence peut être grave, qu'elle soit délibérée ou liée à des problèmes auxquels les adultes responsables sont confrontés dans leur propre vie.** Du point de vue psychosocial, les enfants, et plus particulièrement les nourrissons, peuvent être particulièrement perturbés par l'absence d'une figure d'attachement réactive, car ils peuvent interpréter **l'absence de lien et de protection** comme une menace.



Regarder + réfléchir:

Les expériences du « visage impassible » d'Ed Tronick montrent à quel point les très jeunes enfants sont rapidement perturbés lorsqu'ils perdent le « lien » avec leur(s) principale(s) figure(s) d'attachement. En utilisant les composantes essentielles du développement psychosocial abordées jusqu'à présent :

- Quelles interactions positives entre l'enfant et la mère voyez-vous dans cette vidéo ?
- Comment l'enfant réagit-il lorsque le lien avec sa mère est rompu ?
<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

b) Le sentiment d'impuissance et l'absence de « sens de l'agentivité »

En cas de traumatisme complexe, en particulier dans la petite enfance, l'enfant peut ressentir une terreur profonde et viscérale, liée à un sentiment d'impuissance. Le sentiment d'impuissance peut prendre de nombreuses formes. Dans un récent travail, potentiellement révolutionnaire, sur la manière dont nous réagissons à la détresse émotionnelle, les auteurs notent que, bien que toutes les formes de pouvoir soient susceptibles de s'exercer dans le cadre des relations, le pouvoir interpersonnel peut être défini comme :
« ... Le pouvoir de s'occuper/ne pas s'occuper de ou de protéger/ne pas protéger une autre personne, d'abandonner/quitter, de donner/retirer l'affection. »¹⁶

16. Johnstone, L. & Boyle, M. et al (2018.). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society, str. 95.

Du fait même de leur statut d'enfant, de leur âge et de leur taille, les enfants disposent de peu de pouvoir. Pour tous les enfants, mais en particulier pour les jeunes enfants, **leur capacité à « combattre » ou à « fuir » face à un traumatisme est limitée et une réaction « d'inhibition » peut s'avérer plus courante (voir le chapitre 4.3).**

On peut citer comme exemples les bébés qui ne pleurent quasiment jamais (ils ont appris que leurs tentatives de communication seront ignorées), les jeunes enfants qui sont excessivement vigilants ou ceux qui sont excessivement dociles car ils vivent dans la crainte de provoquer la colère ou la violence des autres. **Les enfants porteurs de handicaps sont encore plus impuissants.** Ceux qui portent un handicap physique peuvent ne pas être en mesure de s'extraire concrètement d'une situation ; ceux qui présentent des troubles de l'apprentissage ou de la communication peuvent voir la détresse qu'ils expriment mal interprétée ou ignorée.

Un tel sentiment d'impuissance peut avoir **un effet considérable sur le sens de l'agentivité de l'enfant.** Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le sens de l'agentivité permet à l'enfant de ressentir un sentiment de confiance en l'avenir, de maîtrise, et du fait que ses propres actions ont une valeur et un sens. Et au fur et à mesure que les enfants grandissent et se développent, leur sens de l'agentivité contribue à leurs prises de décisions, à la planification et au renforcement de la résilience et, du point de vue des droits de l'enfant, à leur capacité à s'impliquer, à faire des choix et à déterminer le chemin de leur propre vie.

c) Ressentis de terreur et absence de confiance

Il est difficile d'imaginer à quel point un enfant se sent terrifié si la menace de traumatisme dont il fait l'objet provient d'un adulte en position de confiance, qu'il s'agisse d'un parent, d'un assistant familial, d'un membre de la famille élargie ou d'un professionnel (par exemple un enseignant, un entraîneur sportif, un religieux, etc.) En s'intéressant au vécu traumatique dans la petite enfance, D'Andrea (2012) a précisé que le sentiment d'impuissance est encore plus dévastateur lorsque :

« ... des expériences terrifiantes, causées par une personne qui devrait être une figure de confiance, constituent la norme dans la vie des enfants. »¹⁷

Furnivall estime que les enfants victimes de traumatismes de la part de leurs figures d'attachement :

« ... sont confrontés à un dilemme infernal, car la personne dont ils dépendent pour leur sécurité est celle-là même qui est la source de leur détresse. »¹⁸

C'est spécifiquement cette caractéristique du traumatisme complexe qui le rend substantiellement différent des autres formes de traumatismes.

Les conséquences des traumatismes pour les enfants dont la source de protection est également leur source de peur sont potentiellement nombreuses, importantes sur le plan du développement, et cumulatives – par exemple :

- Ces enfants sont **susceptibles de connaître des états d'hyper/hypo-vigilance** plus intenses et plus fréquents, les conduisant à déborder de leur « fenêtre de tolérance ».



17. D'Andrea et al. (2012.). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis.

18. Furnivall, J. (2011.). Attachment-informed practice with looked after children and young people, Insights, Paper 10. <https://www.iriss.org.uk/resources/insights/attachment-informed-practice-looked-after-children-young-people>.

On sait que des taux élevés de production de l'une des hormones du stress, le cortisol, peuvent contribuer à une inflammation de l'organisme et à la suppression de nos réponses immunitaires naturelles.

- Sans la présence d'un adulte régulateur se comportant de manière constante, leur **capacité à développer les compétences de régulation qui pourraient les aider à s'apaiser** (réintégrer leur fenêtre de tolérance) **et à contrôler leurs impulsions peut être compromise.**
- Ils sont susceptibles de disposer de **moins d'énergie et d'attention à consacrer à d'autres opérations de développement**, comme l'acquisition du langage, les compétences sociales, la concentration, etc.
- Leur esprit peut se trouver dans un état de confusion permanente si leur besoin de proximité et de protection fait l'objet de réponses de nature variable en matière de chaleur humaine, d'indifférence ou de rigidité. En conséquence, les enfants peuvent être amenés à développer une sensation de dissociation, **c'est-à-dire une déconnexion entre leurs sentiments, leurs vécus et leurs pensées.**

d) « Clivage du Moi » et sentiments de honte

Dans son ouvrage, *The Simple Guide to Understanding Shame in Children* (2019), Betsy de Thierry explore ce phénomène de la dissociation. Décrivant une réponse « dissociative » (réponse d'hypovigilance) et subconsciente, elle explique que les enfants peuvent développer une stratégie de survie leur permettant de continuer à entrer en relation avec leur principale figure d'attachement, même si celle-ci est une source de menace et de terreur. Au moyen **du concept psychologique de « clivage du Moi »**, de Thierry décrit la manière dont l'esprit de l'enfant « refoule » les souvenirs, les sensations physiques et les émotions pénibles dans le subconscient, **afin de pouvoir continuer à satisfaire ses besoins fondamentaux.** Si cette stratégie de survie leur permet de fonctionner au quotidien, elle peut **entraîner une confusion émotionnelle et physique, ainsi qu'un profond sentiment de honte et de dénigrement de soi.** Elle peut également donner à l'enfant l'impression d'être complice de ce qu'il se passe ou de ne pas suffisamment résister à la maltraitance, ce qui peut encore entraver les capacités de l'enfant à s'exprimer. Si l'occasion se présente, il est donc particulièrement important que les enfants victimes de traumatismes entendent que **leurs réponses aux traumatismes ne relevaient pas de décisions rationnelles et conscientes, mais qu'elles ont été provoquées par des mécanismes de survie innés qui se déclenchaient lorsque leur corps se trouvait dans un état d'accablement total.**

À propos de la honte, faisant écho au « cycle rupture-réparation » évoqué précédemment, de Thierry, insiste sur la distinction à établir entre la « **culpabilité** » – « tu as mal agi » et la « **honte** » – « tu es fondamentalement mauvais et il n'est pas possible de t'aimer ». Elle explique que les sentiments de honte peuvent déclencher chez les enfants un **signal de danger imminent** car ils génèrent **la possibilité de rejet, d'échec, de mise en danger et d'abandon.** Encore une fois, c'est ce risque d'isolement social qui « menace l'expérience humaine très fondamentale d'être en vie et d'avoir **besoin d'appartenir, d'être aimé et d'être accepté.** »¹⁹

19. de Thierry, B. (2018.). *The Simple Guide to Understanding Shame in Children: What it Is, what Helps and how to Prevent Further Stress Or Trauma.* Jessica Kingsley Publishers, str. 15.

5.4 Comment les traumatismes peuvent se manifester chez les enfants

Avant d'examiner les modalités par lesquelles les traumatismes peuvent se manifester dans la vie des enfants, il est utile de rappeler quelques points importants des chapitres précédents.

- **Les vécus traumatiques ont tendance à ne pas être stockés de la même manière que les vécus non traumatiques.**
 - Les souvenirs traumatiques sont souvent stockés dans le **subconscient** et ils peuvent faire irruption dans notre esprit conscient sans crier gare.
 - Les souvenirs de traumatismes ne sont habituellement pas très « narratifs » : ils sont plutôt constitués de **sensations et de ressentis précis** ayant un lien avec le vécu en question : images, sons, odeurs, goûts, engourdissement, essoufflement, etc. Brennan et al. (2019) indiquent que « ... cette différence entre la façon dont nous mémorisons les souvenirs quotidiens et les souvenirs traumatiques explique **pourquoi les souvenirs de traumatismes semblent si imprévisibles et vivaces.**»²⁰
- Tout au long de l'enfance, la croissance et les évolutions sont très dynamiques et se produisent de manière intégrée à différents niveaux (physique, social, émotionnel, psychologique, spirituel, etc.). **L'impact d'un traumatisme peut varier selon le stade de développement de l'enfant : plus le traumatisme survient tôt, plus ses effets sont potentiellement néfastes.**
- Les traumatismes peuvent se manifester **de nombreuses manières** dans la vie des enfants, **en affectant leur façon de penser, de se sentir et d'agir.** Parfois, du fait des modalités de traitement des souvenirs du traumatisme, les liens entre le vécu traumatique et la réponse au traumatisme ne sont pas **toujours évidents**, que ce soit pour l'enfant lui-même ou pour les adultes qui l'entourent.
- Les réponses aux traumatismes **se manifestent souvent dans le comportement des enfants**, ainsi que dans leurs **fonctions corporelles**. Il est parfois plus facile de repérer des signes de traumatisme lorsque les enfants présentent une **hyperréactivité émotionnelle**, car leurs réactions comportementales sont plus flagrantes. Les enfants qui présentent une dysrégulation émotionnelle de nature plus **dissociative (hyporéactivité émotionnelle)** sont parfois moins évidents à identifier. Ce type de réaction, qui peut être plus discrète et consister à « se conformer » ou à « passer sous le radar » de l'attention des adultes, peut **facilement passer inaperçue.**

Voici quelques exemples de la manière dont la réponse adaptative des enfants aux traumatismes peut se manifester dans leurs pensées, leurs ressentis, leurs actes et leur santé physique. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. En outre, il est important de garder à l'esprit de ne pas automatiquement supposer que le traumatisme est la seule explication possible à ces comportements.



²⁰ Brennan, R et al. (2019). *Adversity and Trauma-Informed Practice: a short guide for professionals working on the frontline*. Young Minds publications, str. 9.

- **L'estime de soi** – les enfants peuvent avoir une image négative d'eux-mêmes, se sentir différents ou déconnectés des autres, sans valeur, impossibles à aimer, voire responsables du fait qu'ils ne vivent plus avec leur famille.
- **Les émotions** – les enfants peuvent avoir des difficultés à identifier et à gérer leurs émotions, et ils peuvent être limités au niveau du vocabulaire qu'ils utilisent pour exprimer leurs états mentaux : leurs pensées, leurs ressentis, leurs intentions et leurs désirs, etc. Ils peuvent sembler déprimés, anxieux ou constamment « tendus ». Ils peuvent également se montrer impulsifs ou avoir du mal à se calmer après un incident. Ils peuvent aussi paraître insensibles ou faire abstraction des menaces, ce qui peut les rendre vulnérables à une nouvelle violence.
- **Les fonctions corporelles** – les enfants peuvent éprouver des maux de tête récurrents inexpliqués, des maux d'estomac, mouiller leurs draps (énurésie ou « pipi au lit ») ou souffrir d'incontinence fécale (encoprésie). Ils peuvent également avoir des problèmes de sommeil, faire des cauchemars et présenter des troubles de l'alimentation et de la digestion. Ils peuvent être hypersensibles aux informations sensorielles ou ne pas avoir conscience de la douleur, du toucher ou des sensations physiques internes. En outre, des sensations corporelles peuvent apparaître de manière soudaine ou ne pas correspondre à la réalité – par exemple ne pas avoir froid alors que la température est vraiment basse.
- **L'attention** – les enfants peuvent sembler facilement distraits, avoir tendance à rêvasser ou donner l'impression d'être « ailleurs ». Certains peuvent avoir des problèmes particuliers dans le cadre scolaire et avoir du mal à se concentrer, à résoudre des problèmes, à planifier et à mettre en œuvre des plans.
- **Le comportement** – les enfants peuvent sembler adopter des comportements d'évitement ou au contraire de contrôle, ou encore développer des stratégies à risque pour répondre à la souffrance (par exemple, automutilation ou abus de substances).
- **Relations aux autres** – les enfants peuvent sembler excessivement vigilants, sur leurs gardes et hypersensibles aux humeurs des autres. Ils peuvent dissimuler leurs émotions et avoir du mal à imposer ou à maintenir des limites dans leurs relations. Certains enfants peuvent être excessivement dociles et rechercher constamment la perfection, tandis que d'autres peuvent perdre leur sang-froid et manifester une colère disproportionnée. Les enfants peuvent également chercher à contrôler leur situation, ce qui peut se traduire par du vol, de l'accumulation de nourriture ou du harcèlement/de l'intimidation.

Ces caractéristiques se retrouvent dans les évaluations entreprises par SOS Villages d'Enfants International auprès de 250 adultes responsables d'enfants pris en charge.²¹ Ils ont identifié les problèmes suivants comme constituant des difficultés pour eux en tant que professionnels :

- Comprendre les comportements des enfants.
- Difficultés d'attention et de motivation dans les processus d'apprentissage.
- Hyperactivité et faible développement émotionnel.
- Désengagement et méfiance relationnelle de la part des enfants, problèmes d'adaptation.
- Respect de la structure et des règles au quotidien.
- Problèmes de communication/manque de mots pour exprimer ou affronter les émotions.

²¹. SOS Children's Villages International (2019). Analyse des besoins de formation des intervenants sociaux et des professionnels au sujet des traumatismes chez les enfants. Document interne.

L'impact du traumatisme étant retenu « à l'intérieur » de l'enfant et **son comportement adaptatif lui ayant permis de survivre**, il est souvent difficile de déterminer avec certitude si le comportement trouve ses racines dans le traumatisme ou non. L'important est que les **besoins holistiques** des enfants, y compris leurs antécédents, leurs schémas comportementaux et leurs points forts, soient évalués et pris en compte par un **réseau de socialisation** solidaire, dans lequel les adultes sont chaleureux, attentionnés et curieux. Si ces comportements ne sont pas reconnus comme des réponses adaptatives, les enfants risquent d'être officiellement étiquetés au moyen de **diagnostics psychiatriques erronés**, ce qui peut en retour conduire à des interventions médicamenteuses ou comportementales inadaptées. Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou trouble déficit de l'attention (TDA) est un exemple emblématique. Ce trouble affecte couramment des enfants qui ont subi un traumatisme complexe considérable. De la même manière, les enfants peuvent être étiquetés de manière informelle comme étant « problématiques », « en recherche d'attention », « manipulateurs » ou « délinquants ». Ces étiquettes, qu'elles soient officielles ou non, peuvent inhiber le développement de réponses relationnelles efficaces tirant profit de la résilience des enfants.

Blaustein et Kinniburgh (2010)²² se sont penchées sur le développement des enfants en termes de capacité à établir des relations sociales positives et ont démontré comment la progression de l'enfant peut être perturbée, avec un effet cumulatif :

- **Avant la naissance**, les vécus traumatiques de la mère peuvent avoir un impact important sur le développement du fœtus. Le développement de l'enfant peut être affecté de manière négative si la mère est exposée à un stress extrême ou permanent, ou si elle consomme des substances telles que des drogues ou de l'alcool.
- **Dans la petite enfance**, pour leur survie, les nourrissons sont totalement dépendants des personnes qui s'occupent d'eux. Ils ont besoin d'attentions régulières et concrètes pour se sentir en sécurité et apprendre à faire confiance. Ils forment des liens d'attachement et commencent à identifier leurs sentiments et ceux des autres par le biais des sens. Si leurs besoins ne sont pas satisfaits en raison d'événements traumatiques, les vécus des enfants peuvent leur sembler imprévisibles et dangereux.
- **Dans la petite enfance**, les enfants s'efforcent de devenir plus indépendants et, par le jeu, ils essaient de nouvelles choses et apprennent à coopérer avec les autres. En s'affirmant davantage, ils commencent à développer un sentiment d'appartenance et ils réalisent que les autres peuvent ne pas approuver certains de leurs actes. Ils ont besoin de patience, d'encouragements, de conseils et de limites pour développer et tester leurs compétences. Si ces besoins ne sont pas satisfaits à la suite d'un traumatisme, et s'ils portent déjà une certaine méfiance envers le monde, ils peuvent développer de puissants sentiments de honte.
- **Plus tard dans l'enfance**, les enfants veulent acquérir de nouvelles compétences, notamment dans le cadre de l'éducation. L'élargissement de leur réseau de socialisation leur permet de mesurer leurs capacités et de les comparer à celles des autres, en développant leur sentiment de fierté et des modes de pensée plus rationnels. À ce stade, le traumatisme peut perturber l'épanouissement de la confiance en soi et nourrir une piètre estime de soi, ainsi qu'un complexe d'infériorité.



22. Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. J. (2010.). Treating traumatic stress in children and adolescents. New York, NY: The Guilford Press.

- **À l'adolescence**, les jeunes personnes vivent la deuxième période de développement individuel la plus rapide. Leurs fonctions mentales supérieures ont la possibilité de se déployer considérablement. Ils commencent à faire l'expérience de leur identité personnelle. Cependant, s'ils ont subi un traumatisme plus tôt dans leur vie, leur identité personnelle peut être source de confusion et les stratégies de survie adaptatives mises en place au moment du traumatisme peuvent devenir préjudiciables, en les exposant à de plus grands risques et de plus grandes souffrances, à mesure que la supervision des adultes diminue.

On entend souvent dire que l'âge de développement des enfants bénéficiant d'une prise en charge en services d'hébergement agréé est différent de leur âge chronologique. Bien que cela puisse évoquer adéquatement le niveau de maturité d'un enfant par rapport à ses pairs, il s'agit là d'une manière préjudiciable de décrire les besoins des enfants, susceptible de provoquer des sentiments de honte et de saper l'autonomie. Il est sans doute plus bienveillant de parler de comportements adaptatifs qui ont bien servi aux enfants par le passé, mais qui doivent maintenant être adaptés à de nouveaux environnements et à des défis à venir.

Il convient également d'accorder une attention particulière aux besoins des enfants porteurs de handicaps, dans la mesure où, comme l'indiquent Miller et Brown²³, ils sont plus susceptibles de devenir victimes d'abus que leurs pairs valides. Cette expérience de maltraitance peut également être aggravée par d'autres traumatismes, tels qu'une naissance prématurée, des interventions médicales douloureuses, des périodes prolongées d'absence des principales figures d'attachement, etc. En outre, les enfants porteurs de handicaps sont également susceptibles d'être jugés en fonction de leur handicap plutôt que de leur potentiel. Les mentalités évoluent, mais dans certains pays, les enfants porteurs de handicaps sont surreprésentés dans les établissements de prise en charge. Et du fait de la discrimination et du manque de services d'accompagnement, ils peuvent être considérés comme une charge pour leur famille, leur groupe social et la société. Il est important que les personnes qui ont la responsabilité d'enfants se demandent si le comportement des enfants porteurs de handicaps dont ils s'occupent n'est pas lié à un vécu traumatique plutôt qu'à leur handicap.



Éléments à prendre en compte:

Pensez à un enfant dont vous avez actuellement la charge et qui a subi un ou plusieurs traumatismes. En vous focalisant spécifiquement sur ses besoins psychosociaux (et au moyen des informations ci-dessus) :

- Que savez-vous de sa petite enfance ? Dans quelle mesure pensez-vous que ses besoins psychosociaux précoces ont été satisfaits par ses parent(s) ou une autre figure d'attachement ?
- À l'heure actuelle, comment les vécus traumatiques précoces de cet enfant se manifestent-ils dans ses pensées, ses ressentis et ses actes ?
- Si vous deviez décrire cet enfant à une autre personne, comment pourriez-vous utiliser votre connaissance des traumatismes complexes pour repenser la manière dont vous évoqueriez son histoire et ses problématiques actuelles ?

23. Miller, D. and Brown, J. (2014.). 'We have the right to be safe': protecting disabled children from abuse <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/research-reports/right-safe-disabled-children-abuse-report.pdf>.

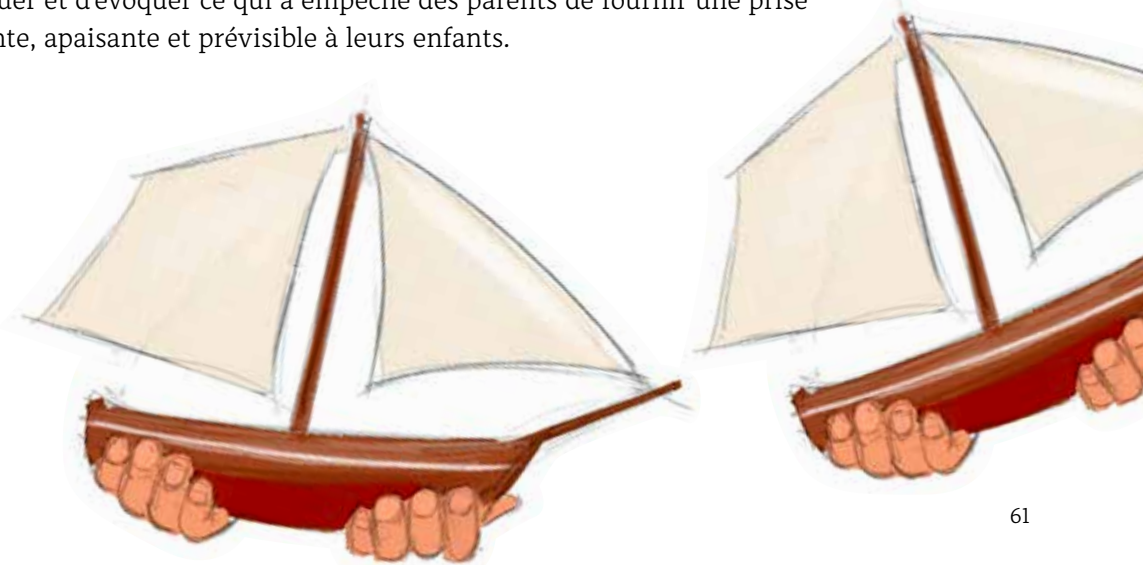


Commentaire:

Le vécu traumatique des enfants porteurs de handicap pris en charge en service agréé est susceptible d'avoir des origines multiples : infractions par commission/omission commises par des personnes en position de confiance, procédures médicales répétées et intrusives, fuite d'une situation de guerre, etc. Pensons-nous à prendre systématiquement ces paramètres en compte lorsque nous interprétons leur comportement ou que nous leurs prodiguons des gestes d'hygiène intime ? De même, lorsqu'un adolescent disposant d'une force physique conséquente se met à adopter des comportements utilisant cette force, se demande-t-on si son comportement n'a pas été déclenché par un « souvenir » de traumatisme ? Si ce type de comportement est compris comme une stratégie adaptative potentielle développée de manière inconsciente en réponse à un traumatisme plutôt que comme une « violence », cela peut nous amener à employer des approches différentes pour son accompagnement et sa prise en charge. Pourtant, de nombreux enfants et adultes présentant des difficultés d'apprentissage sont malheureusement traités par des médicaments et maintenus en isolement, parce que leur comportement est essentiellement interprété comme étant violent ou agressif. Quand essayons-nous véritablement de regarder au-delà du handicap et de pénétrer au cœur du comportement, dont l'existence peut être liée à des traumatismes ?

5.5 Faire preuve de compassion envers les parents

Avant de conclure le présent chapitre, il est important de garder à l'esprit le fait que lorsque nous évoquons la douleur des enfants en lien avec leur vécu traumatique, nous devons veiller à ne pas « glisser » vers des pensées ou des descriptions malveillantes au sujet des parents et des familles d'origine. En effet, cela n'aide pas l'enfant au niveau de l'image qu'il a de lui-même, de sa famille d'origine et de la culture dont il est issu, mais cela peut de surcroît perpétuer des sentiments de honte, de stigmatisation et de culpabilisation au sein d'un groupe d'adultes, dont beaucoup portent déjà le fardeau de traumatismes non résolus de l'enfance et de l'âge adulte. Nous devons donc faire appel à notre connaissance des traumatismes et à notre compassion dans notre façon de comprendre, d'évaluer et d'évoquer ce qui a empêché des parents de fournir une prise en charge sécurisante, apaisante et prévisible à leurs enfants.



Ne pas oublier

- Le traumatisme complexe se différencie notablement des autres formes de traumatisme, dans la mesure où il se produit dans le cadre de relations qui devraient au contraire constituer des sources de confiance et de protection. Lorsque la source du traumatisme se loge au cœur de la principale relation d'attachement de l'enfant, cela peut le conduire à des ressentis de terreur, d'impuissance et d'accablement.
- En raison de notre besoin fondamental, en tant qu'êtres humains, de connexion et de sécurité avec les autres, les enfants peuvent subir des traumatismes résultant d'infractions par commission et d'infractions par omission. Les conséquences de l'absence de soins parentaux prodigués avec régularité peuvent être importantes :
 - Cela peut activer des sentiments de rejet, d'abandon et de honte. Les enfants peuvent en arriver à estimer que personne ne pourrait jamais les aimer, qu'ils n'ont aucune valeur.
 - Cela peut affecter le développement de l'enfant au niveau de ses capacités à s'auto-apaiser, à contrôler ses pulsions, à se concentrer, à résoudre des problèmes, etc.
- Le traumatisme complexe doit également retenir toute notre attention, car il se produit dans une période de la vie où nous nous développons, où nous « devenons ». Une période où notre identité et notre personnalité se façonnent, en explorant le monde qui nous entoure, et en découvrant qui nous sommes et de quel ensemble nous faisons partie. Les répercussions des traumatismes peuvent donc être profondes : la nécessité d'une intervention précoce au moyen d'approches sensibles aux traumatismes n'en est que plus importante.
- Comprendre les traumatismes complexes à travers le prisme du développement de l'enfant est un élément essentiel de la sensibilité aux traumatismes. Cette compréhension nous permet en effet de mieux comprendre comment les traumatismes peuvent perturber le développement des enfants, mais elle nous fournit également des indications sur les besoins des enfants pour se remettre sur la bonne voie dans leur parcours de développement.
- En faisant preuve d'une curiosité bienveillante sur la manière dont les traumatismes se manifestent dans les pensées, les ressentis, le comportement et la santé physique des enfants, nous pouvons commencer à repenser la façon dont nous décrivons les stratégies de survie adaptatives, tout en élaborant des méthodes de travail plus efficaces avec les enfants.
- Dans le cadre de notre travail avec les enfants victimes de traumatismes, nous devons nous assurer de montrer une égale bienveillance à l'égard du vécu de leurs parents, qui sont souvent eux-mêmes porteurs de traumatismes considérables vécus dans leur propre passé et non résolus. Nous devons donc être attentifs à la manière dont nos propres pensées, nos propres ressentis et nos propres actions peuvent provoquer par inadvertance des ressentis de culpabilité, de honte et de stigmatisation chez les parents.







CHAPITRE 6



**Ce que les
jeunes, leurs
encadrants et
les personnes
travaillant avec
eux nous ont dit**

CHAPITRE 6

CE QUE LES JEUNES, LEURS ENCADRANTS ET LES PERSONNES TRAVAILLANT AVEC EUX NOUS ONT DIT

INTRODUCTION

Ce chapitre se concentre sur les thématiques issues de la phase d'évaluation entreprise avec les jeunes, les professionnels/intervenants sociaux dans les six pays participants au projet. Il ne constitue pas une tentative de résumé des conclusions du rapport : il présente simplement quelques-unes des thématiques qui en sont ressorties. Pour mieux comprendre les objectifs et les modalités de mise en œuvre de la phase d'évaluation, vous pouvez consulter le Rapport sur la phase d'évaluation, qui sera publié au même moment que le présent guide pratique.

6.1 Grandes lignes de la phase d'évaluation et avertissements

Au-delà de l'important corpus existant sur le traumatisme, le projet visait également à obtenir la contribution de jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge (on parle également d'« expérience vécue ») et de personnes qui s'occupent d'enfants et travaillent avec eux en service d'hébergement agréé (on parle également de « savoirs de l'expérience »). Une phase d'évaluation a donc été engagée avec ces deux groupes, par le biais des équipes projet de chacun des six pays participants (Belgique, Bulgarie, Croatie, Grèce, Hongrie et Serbie). Les méthodologies sélectionnées ont été déterminées en fonction des possibilités, compte tenu de la sensibilité du sujet, de la répartition géographique des pays participants et du contexte de la pandémie de COVID-19 (qui a limité les déplacements et les entretiens en personne) :

- **Des questionnaires en ligne** pour les jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge, les professionnels et les intervenants sociaux.
- **Une étude documentaire**, réalisée par les partenaires des pays participants, au moyen de diverses méthodes afin de recueillir des informations plus larges sur la façon dont le traumatisme est compris et géré en pratique dans les services et systèmes d'aide sociale à l'enfance.

Au total, 234 personnes ont répondu aux questionnaires : 89 jeunes et 143 professionnels responsables/adultes travaillant avec des enfants. Pour les jeunes personnes âgées de 18 à 32 ans, l'utilisation du terme « jeunes » est préférée au terme « enfants ».

Deux éléments importants à garder à l'esprit relatifs aux conclusions issues de la phase d'évaluation :

- Les participants **ne constituent pas un échantillon représentatif** et les conclusions ne résument donc en aucun cas la situation de l'un des pays dans sa globalité. Ceci étant précisé, les réponses nous fournissent des informations importantes concernant le vécu individuel de chaque participant.
- **Les Professionnels interrogés ne sont pas uniquement les personnes qui s'occupent des enfants et travaillent avec eux en service d'hébergement agréé** (ex. : environ 23% sont des psychologues/psychothérapeutes, et seulement 15% des employés de foyer résidentiel/intervenants sociaux).

6.2 Ce qui a aidé les jeunes, selon eux

Le présent chapitre a pour objectif d'identifier des éléments susceptibles d'être améliorés pour la pratique, mais il convient toutefois de noter que, de manière générale, la plupart des jeunes ont un point de vue positif concernant **la globalité de leur prise en charge en service d'hébergement agréé**. Ils déclarent :

- Avoir bénéficié de la présence d'un adulte référent dans leur vie tout au long de leur parcours en service d'hébergement agréé.
- Avoir bénéficié d'un accompagnement pour comprendre et maîtriser leurs émotions.
- Avoir été encouragées à s'investir dans leurs passions et leurs centres d'intérêts.
- Avoir bénéficié d'une réponse positive de la part d'au moins un enseignant au primaire.

Pour autant, **un total de 20-30% des jeunes indiquent ne pas avoir une vision particulièrement positive de leur prise en charge en service d'hébergement agréé**.

Selon les jeunes, **les meilleures manières pour les professionnels/intervenants sociaux d'aider un enfant à se sentir aimé et accepté** sont les suivantes :

- Reconnaître et accepter l'individualité, c'est-à-dire savoir ce qui rend chaque enfant heureux, encourager les centres d'intérêt spécifiques de chacun, etc.
- Traiter les enfants de manière équitable, tout en restant disponible pour leur répondre individuellement.
- Consolider les relations, par exemple en accordant à l'enfant le temps et l'espace nécessaires pour s'adapter, comprendre et accepter sa propre histoire ; adopter une approche amicale et informelle, passer du temps ensemble et faire des activités communes.
- Faire preuve, par leurs attitudes et leurs comportements, d'un amour pour leur métier en témoignant d'un véritable intérêt pour le jeune avec lequel ils travaillent. Accompagner, encourager et respecter les enfants par leurs attitudes et les mots qu'ils emploient.

Un jeune explique par exemple : « Les travailleurs sociaux nous donnent toujours tout leur amour et ils agissent comme si nous étions leurs propres enfants, alors les enfants se sentent aimés et nous ne manquons de rien. »

Certaines des personnes interrogées évoquent la sensibilité et la complexité potentielle du sujet de « l'amour » dans les structures d'hébergement. Un jeune indique : « Ce mot est un peu tabou dans ce contexte, je le regrette énormément. Il me semble important que les enfants et les adolescents apprennent comment les adultes peuvent t'aimer, d'une manière correcte et sécurisante. [...] un adulte qui te protège et te dit honnêtement ce qu'il pense [...] Mais aussi quelqu'un qui te montre son affection et te pousse à donner le meilleur de toi-même. »

Concernant **la manière dont les jeunes pris en charge dans un service d'hébergement agréé peuvent être accompagnés**, le thème le plus évoqué est l'importance de la parole. Cela étant, cette « parole » doit exister dans le cadre de relations établies et de confiance avec des adultes qui connaissent bien le jeune, qui sont en mesure d'avoir des relations respectueuses avec lui et qui sont capables de se montrer authentiques.

Les jeunes indiquent clairement que **les adultes qui stigmatisent les enfants lorsqu'ils expriment des ressentis douloureux par leur comportement ne sont pas les mieux placés pour les aider à se reconstruire et à se remettre de leurs traumatismes**. Concernant le fait d'aider les enfants à comprendre les raisons de leur placement dans une structure d'hébergement, les jeunes évoquent à nouveau les qualités dont doivent faire preuve **les professionnels/intervenants sociaux travaillant avec des enfants** dans leurs relations avec eux. Ils doivent se montrer :

- Sincères et honnêtes.
- Sensibles, compréhensifs et attentionnés.
- Réactifs aux questions, au niveau d'intérêt et au niveau de compréhension de chaque jeune.

Ils précisent toutefois que toute discussion ou explication doit **correspondre aux besoins et aux souhaits de l'enfant**, qu'il ne faut pas faire de présuppositions et qu'il est important d'aider l'enfant à comprendre qu'il n'était pas responsable de sa situation. Certains jeunes indiquent que les professionnels n'ont pas toujours le temps et la disponibilité nécessaires pour l'enfant ou pour une relation d'accompagnement, ou encore qu'ils ne démontrent pas toujours les compétences et les attitudes nécessaires pour que cet accompagnement se déroule au mieux.

Les jeunes **emploient différentes stratégies de prise en charge autonome** pour apaiser leur inquiétude, leurs peurs, leurs angoisses ou leur stress. Le fait d'entretenir des liens par la conversation avec différents amis, intervenants sociaux et travailleurs sociaux constitue une aide, tout comme le fait de rester actif et de s'occuper : activité sportive/physique, activité créative, études, moments passés entre amis. D'autres

jeunes indiquent qu'ils ont refoulé ces sentiments, se sont repliés sur eux-mêmes ou se sont isolés.

Concernant ce que les intervenants sociaux/travailleurs sociaux peuvent faire pour aider les enfants anxieux, effrayés, angoissés ou perturbés, **les jeunes soulignent à nouveau l'importance d'une bonne relation entre l'adulte et l'enfant.** Les adultes doivent connaître l'enfant suffisamment bien pour identifier ce qui provoque ces ressentis chez lui et ce que ses comportements indiquent quant à ces ressentis. Un dialogue et des discussions saines doivent exister de manière régulière et être encouragés. Ils ne doivent pas se limiter aux moments où des problèmes surviennent. **Les jeunes savent qu'il n'est pas toujours possible de trouver des solutions, mais estiment que les enfants tirent tout de même profit d'un échange avec une personne qui ne porte pas de jugement.** Ils soulignent également l'importance pour les adultes d'exprimer leurs propres ressentis et de montrer comment ils gèrent leurs ressentis douloureux.

Les jeunes ont été spécifiquement interrogés sur **la manière dont les adultes pourraient être accompagnés afin de mieux comprendre et de mieux réagir au trouble qui se cache derrière le comportement d'un enfant.** Les réponses soulignent là aussi l'importance des relations et d'un dialogue sensible, empathique et bienveillant, afin d'aider l'enfant à explorer les causes de son comportement et à travailler ensemble pour trouver des moyens de l'aider. Un jeune indique : « ... en n'évitant pas les sujets avec lesquels les jeunes ont des difficultés. On ne peut pas se contenter d'aborder ces sujets uniquement au moment où les choses deviennent difficiles : il faut en parler avant, de sorte qu'au moment des pleurs ou de la colère, un travailleur social aura déjà une idée suffisante de ce qui peut fonctionner avec ce jeune. Il faut poser des questions, et encore poser des questions. »

De manière plus générale, les jeunes interrogés estiment que **les adultes ont besoin d'approfondir leurs connaissances et de se former en continu pour mieux comprendre les enfants, leurs émotions et leurs comportements.** Cela peut par exemple s'accomplir sous la forme de séminaires, de formations et de lectures. Un jeune souligne l'importance pour les adultes qui travaillent sur ce secteur d'être motivés pour apprendre et améliorer la situation des enfants dont ils ont la charge.

En ce qui concerne les **actions à entreprendre « quand les choses se passent mal »**, les réponses impliquent encore les mêmes thématiques, en mettant l'accent sur :

- La nécessité du dialogue, de l'identification des problèmes, de travailler ensemble pour trouver des solutions.
- L'importance d'une approche compréhensive et solidaire, calme et bienveillante.
- La possibilité d'obtenir de l'aide en cas de besoin, par exemple auprès de psychologues.

Enfin, les jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge émettent **un certain nombre de suggestions concernant le contenu des formations et des différents outils**

élaborés dans le cadre du présent projet. Ces suggestions pourraient également s'appliquer à des éléments auxquels les organisations, les professionnels et les intervenants sociaux doivent accorder une attention particulière. Les thèmes qui ont émergé sont les suivants :

- Le traumatisme : de quoi s'agit-il, comment se produit-il, comment le prévenir et le traiter ?
- Le comportement des enfants et ce qui le sous-tend ; accompagner les enfants en matière de santé mentale ; éviter les approches axées sur la gestion du comportement (ex : violence, punitions sans explication, isolement...)
- Utiliser des récits de vie et des exemples concrets, écouter la parole de personnes ayant bénéficié d'une prise en charge, intégrer des histoires positives pour montrer que les jeunes ayant bénéficié d'une prise en charge « ne sont ni bizarres ni mauvais ».
- Comment montrer ou développer de la tolérance, de la compréhension, de l'empathie, de l'amour, de la confiance, des sentiments de sérénité et de sécurité.
- Considérer les enfants et leurs familles dans leur individualité et ne pas faire de suppositions ou prendre des mesures qui pourraient aggraver la situation.
- Collaborer avec d'autres professionnels.
- Aider les jeunes à développer leur confiance en eux, leur indépendance, leur résilience, leurs talents et leurs centres d'intérêts.
- Accompagner les familles et préserver la cohésion familiale.
- Recruter des intervenants sociaux et des professionnels qui considèrent que leur rôle n'est pas « un travail comme un autre » et/ou qui ont une expérience personnelle et une compréhension de ce qu'implique le fait d'être pris en charge.

Un jeune déclare que les intervenants sociaux et les professionnels doivent faire preuve d'une chose : « D'humanisme – ce travail doit vraiment être fait avec amour. C'est ce dont nous, les enfants, avons besoin par-dessus tout dans les moments de faiblesse. »

6.3 Ce que nous ont dit les personnes qui s'occupent d'enfants et travaillent avec eux

Le présent chapitre se focalise sur les thèmes collectifs soulevés par les questionnaires et les réponses à l'étude documentaire. Il peut être intéressant de noter que les réponses aux questions sur les connaissances et les pratiques individuelles sont plus positives que **les opinions exprimées sur les pratiques et le fonctionnement du système d'aide à l'enfance dans son ensemble.** Ce constat peut être révélateur des niveaux de compétences et de connaissances des personnes qui ont eu accès aux questionnaires et y ont répondu dans les délais impartis.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que **la compréhension du traumatisme en général est très variable, mais particulièrement en ce qui concerne les enfants.** Les personnes interrogées indiquent qu'il n'y a **pas vraiment de consensus entre les disciplines professionnelles** et qu'il n'existe pas de définition commune de la notion

de traumatisme. Même lorsque le terme apparaît dans les directives ou la législation, les personnes interrogées font remarquer que cela n'impliquait souvent pas une compréhension profonde et partagée de la signification de ce concept. Bien que certaines personnes indiquent qu'une partie des professionnels ont une compréhension de la théorie de l'attachement, de manière plus générale, les connaissances sur les traumatismes dans leur ensemble sont décrites comme étant basiques, superficielles et limitées. Une personne indique : « ... le comportement des enfants n'est toujours pas identifié comme résultant de traumatismes. »

Bien que certaines personnes interrogées indiquent que le traumatisme peut se manifester de manière différente chez les enfants et chez les adultes, **la détresse des enfants n'est souvent pas comprise dans un cadre de référence sensible aux traumatismes.**

Une personne déclare : « ... nous parlons de retard de développement ou de problème psychologique, ou les comportements sont pensés comme la manifestation d'un problème de santé mentale. Mais ils ne sont jamais interprétés comme étant la conséquence d'un vécu traumatique. » Une autre personne indique : « Pour ceux qui ne connaissent pas suffisamment les traumatismes, il existe une croyance selon laquelle les enfants sont très résilients et qu'ils sont capables, à la suite d'une simple séparation d'avec la famille ou d'un changement de logement, d'oublier l'expérience traumatique, sans qu'elle se manifeste dans le développement ultérieur. Ce type de conception est particulièrement répandu lorsque l'on parle de très jeunes enfants. »

Certains **cas individuels de bonnes pratiques sont constatés**, mais ils sont souvent accompagnés de commentaires sur le fait que le traumatisme est uniquement évoqué dans des cas particuliers ou « particulièrement graves ». Une personne déclare : « Certains professionnels [dans un secteur] ont mis en œuvre des pratiques sensibles aux traumatismes pour les enfants et parfois également pour leurs parents et pour leurs organisations. Mais dans la plupart des organisations, la question des traumatismes n'est pas abordée pour chaque enfant dans le cadre de la planification ou de la prise de décision – voire elle n'est pas abordée du tout ; la principale raison en est qu'un spécialiste des traumatismes serait nécessaire pour mettre en œuvre de nouvelles pratiques. Les enfants sont encore souvent diagnostiqués comme présentant des troubles multiples mais on ne parle pas des expériences négatives dans l'enfance ou des traumatismes (qui constituent pourtant souvent la cause profonde). »

Compte tenu de ces réponses, il n'est pas surprenant que **les personnes interrogées indiquent également que l'impact des traumatismes est très rarement évoqué dans la planification, la politique ou la prise de décision en matière de protection de l'enfance.** Certaines réponses suggèrent qu'en raison du niveau élevé des besoins des enfants, associé à un manque de ressources appropriées, les décisions sont souvent influencées par des considérations politiques, ainsi que par un manque de compréhension. En adoptant une compréhension plus large du fonctionnement des traumatismes, une personne suggère que « ... si le système de protection de l'enfance pouvait identifier les traumatismes des parents et les accompagner en la matière, cela pourrait rompre le cercle vicieux de traumatismes au sein des familles, qui cause tant de mal aux enfants. »

Ce faible niveau de compréhension du fonctionnement des traumatismes n'est pas propre aux pays participants : on le constate dans l'ensemble de la littérature.

Les personnes interrogées évoquent différents facteurs susceptibles d'expliquer cet état de fait : des facteurs qui se rapportent à des aspects interdépendants des systèmes de protection de l'enfance. Différentes catégories se détachent :

a) Lacunes dans les formations universitaires/professionnelles

De nombreuses personnes indiquent que le traumatisme en tant que sujet d'étude est intégré au programme de certains diplômes de premier cycle/professionnels, mais que ce n'est pas toujours le cas. Lorsqu'il est intégré au programme, il peut être abordé de manière générale ou théorique, sans établir de liens avec les applications concrètes de la vie réelle et le comportement des enfants.

b) Accès limité à la formation continue pour les intervenants sociaux et les travailleurs sociaux

De nombreuses personnes interrogées soulignent le fait que l'accès à la formation continue peut s'avérer particulièrement limité pour des raisons de coût, de disponibilité, de niveaux de compétences et d'accès aux informations dans les langues nationales. En outre, les formations peuvent être réservées à des groupes professionnels particuliers (les psychologues, par exemple) ou peuvent uniquement être suivies au moyen de recherches et de financements personnels.

c) Problèmes de mise en œuvre

Certaines personnes interrogées notent que la formation peut être superficielle et qu'elle ne se traduit souvent pas dans la pratique. Une personne indique également que la formation en elle-même peut uniquement avoir un effet limité : « ...la formation des intervenants sociaux ne leur donne pas assez de [compétences] pour les préparer à prendre des décisions réfléchies et à prendre en charge les enfants en prêtant attention à leurs besoins. » La bonne volonté et un environnement aimant ne suffisent pas sans un accompagnement et des connaissances professionnelles. Sans cela, une telle charge ne devrait pas être placée sur les parents d'accueil. »

d) Les traumatismes et leur impact sont considérés sous l'angle du diagnostic

Les réponses indiquent que le traumatisme est la plupart du temps compris dans les termes de diagnostic de « troubles » : trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), trouble de stress post-traumatique (TSPT), trouble du comportement, etc. L'accent étant mis sur les « symptômes », sans se pencher sur les causes profondes. Certaines réponses mettent en évidence une préoccupation concernant l'utilisation croissante de médicaments plutôt que d'autres approches, l'âge des enfants diagnostiqués et une focalisation sur une prise en charge tardive, au moment des difficultés les plus graves. De nombreux commentaires font état de longues listes d'attente pour les évaluations et les prises en charge thérapeutiques.

e) Recrutement et statut des personnes qui s'occupent directement des enfants

Certaines réponses font état de bons niveaux de compréhension et de formation dans

certaines services d'hébergement agréés, mais l'opinion dominante est que ce n'est pas le cas partout. Les réponses font état de problèmes au niveau du recrutement, des procédures de préparation, des formations diplômantes, du statut, des niveaux de rémunération et d'un niveau de rotation élevé.

f) Régularité de la collecte et de la publication de données

Très peu de réponses indiquent que les données relatives aux événements traumatiques ou aux niveaux d'exposition dans les pays participants sont collectées ou publiées de manière régulière. Lorsque la collecte de données existe, elle est décrite comme basique, tardive et partielle. Les professionnels et les intervenants sociaux travaillent donc dans un vide informationnel quant aux problèmes auxquels ils sont confrontés. Une personne interrogée suggère que du fait de l'inquiétude et de la crainte suscitées par une collecte centralisée des données, il est nécessaire d'aborder plus ouvertement les questions de formulations et de compréhension du traumatisme, afin que les chercheurs puissent élaborer des mesures plus cohérentes et comparables.

g) Rareté des pratiques pluridisciplinaires ou intégrées

Les réponses indiquent que les enfants pris en charge en services d'hébergement ne bénéficient que partiellement et occasionnellement de pratiques intégrées ou pluridisciplinaires. Certaines indiquent même que lorsque des exigences légales existent en matière d'intégration des actions, cela ne se produit pas toujours dans la pratique. Un échange formel d'informations peut exister, mais il débouche rarement sur une véritable coopération et une réflexion commune entre les partenaires. Les obstacles potentiels aux approches pluridisciplinaires sont identifiés comme étant le secret professionnel, le statut professionnel et le sentiment que « ...les professionnels coopèrent avec les autres uniquement lorsqu'ils sont en difficulté. Les professionnels doivent communiquer entre eux et coopérer le plus tôt possible, et pas seulement lorsqu'ils se sentent paralysés pour agir seuls. »

Ne pas oublier

- Les réponses individuelles des jeunes relatives à la prise en charge dont ils ont bénéficié sont globalement positives. Pour autant, un total de 20-30% des jeunes indiquent ne pas avoir une vision particulièrement positive de leur prise en charge en service d'hébergement agréé.
- Les jeunes interrogés mettent l'accent sur le fait que les adultes doivent établir des relations de confiance avec eux, ce qui constitue la base d'une prise en charge aimante et respectueuse et le moyen d'aborder ensemble des sujets sensibles.
- Les réponses des jeunes accordent une grande importance aux qualités personnelles des intervenants sociaux et des professionnels pour encourager des relations sûres, basées sur la confiance. Les jeunes ont besoin de sentir que ceux qui s'occupent d'eux le font en s'engageant pleinement et considèrent que leur rôle n'est pas simplement « un travail comme un autre ».

- Les intervenants sociaux et les professionnels qui ont répondu aux questionnaires de la phase d'évaluation indiquent pour une large part des niveaux élevés de connaissances personnelles sur les traumatismes et leurs conséquences, mais suggèrent que cela ne s'applique pas à l'ensemble du système. En effet, il n'existe pas véritablement de consensus d'une discipline à l'autre concernant les définitions du traumatisme, et les pratiques pluridisciplinaires sont multiples.
- Les personnes interrogées évoquent un certain nombre de problèmes systémiques qui expliquent en partie le fait que le traumatisme et ses conséquences ne jouent pas un rôle central dans notre compréhension des besoins des enfants pris en charge. Il s'agit notamment de lacunes dans la formation universitaire/professionnelle, d'obstacles à la formation continue, de problèmes de mise en œuvre de l'intégration de l'apprentissage dans la pratique, de la prédominance des conceptions basées sur le diagnostic, etc.
- Le Rapport sur la phase d'évaluation fournit une analyse plus complète et plus détaillée de la phase d'évaluation entreprise avec les jeunes, les intervenants sociaux et les professionnels.





CHAPITRE 7



La pratique sensible aux traumatismes dans la prise en charge quotidienne

CHAPITRE 7

LA PRATIQUE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES DANS LA PRISE EN CHARGE QUOTIDIENNE

« Faire preuve de tendresse et d'affection à travers leurs actes. Montrer de l'amour à chaque instant : chaque petit geste est important. » (Citation d'un jeune, phase d'évaluation, 2020)

INTRODUCTION

Le présent chapitre examine comment les personnes qui s'occupent d'enfants ou travaillent avec eux en service d'hébergement agréé peuvent utiliser leurs interactions quotidiennes et leurs compétences relationnelles pour contribuer à la reconstruction des enfants victimes de traumatismes. Il se focalise spécifiquement sur les composantes de la pratique sensible aux traumatismes qui favorisent le bien-être psychosocial et propose des suggestions sur la façon dont la prise en charge quotidienne peut être utilisée pour renforcer la résilience et les points forts des enfants.

7.1 Éléments constituant une pratique sensible aux traumatismes

Il existe de nombreux modèles différents de pratiques sensibles aux traumatismes – certains étant axés sur la pratique professionnelle tandis que d'autres adoptent une approche organisationnelle et stratégique plus large. Bien que l'essentiel de ce chapitre se concentre sur la pratique professionnelle, il est important de noter que les défenseurs des approches sensibles aux traumatismes soulignent l'importance d'une approche organisationnelle et stratégique plus large, car cela ouvre différentes possibilités :

- Mettre en évidence le fait que les traumatismes sont **l'affaire de tous**, quel que soit le rôle de chacun.
- **Éliminer les obstacles** qui empêchent les enfants d'accéder à l'accompagnement dont ils ont besoin, plutôt que de suggérer que chacun doit être un « expert en traumatismes » ou se préoccuper de « traiter les traumatismes ».
- **Réduire en amont la probabilité de survenue de traumatismes.**
- **Parler ouvertement de questions qui ont été taboues et provoquent des sentiments de honte inutiles.**
- Reconnaître que les personnes victimes de traumatismes sont **les moins susceptibles de demander ou de recevoir de l'aide** en raison de problèmes de confiance et de blessures subies au sein de relations.
- Veiller à ce que chaque rencontre constitue **l'occasion d'inverser l'association négative entre traumatisme et relations.**
- Aider les personnes victimes de traumatismes à donner du sens à leur vécu, de sorte à avancer de manière positive dans leur vie.
- Fournir un accompagnement aux intervenants sociaux afin qu'ils soient en mesure d'être à l'écoute, de s'occuper des enfants et de les protéger.
- Demander aux organisations de développer **une base de connaissances solide afin que les services ne provoquent pas involontairement une répétition traumatique.**

Adopter une approche sensible aux traumatismes dans le cadre de la prise en charge en service d'hébergement agréé exige une réflexion sur l'ensemble des processus, procédures, politiques et systèmes qui influent sur la qualité et le niveau des soins dont les enfants bénéficient. Il convient ici de prêter attention à l'ensemble des procédures au niveau des administrations territoriales et nationales, qui aident ou empêchent les personnes s'occupant directement des enfants de leur fournir ce dont ils ont besoin. Exemples de procédures susceptibles d'avoir un impact :

- Processus et procédures de planification de la prise en charge.
- Ressources et disponibilité de la prise en charge en service d'hébergement agréé.
- Modalités de recrutement, d'évaluation, d'accompagnement et de suivi des intervenants sociaux.
- Procédures juridiques.
- Fonctionnement des intervenants professionnels au sein des systèmes de prise en charge et modalités de coopération pluridisciplinaire, etc.

Entre autres, les approches qui envisagent le changement de manière isolée, les variations de financement, les différences dans les perspectives et procédures professionnelles, etc. aboutissent souvent à des systèmes publics de prise en charge qui ont tendance à devenir très **bureaucratiques et fragmentés**. Ce faisant, **les systèmes peuvent involontairement générer des obstacles à l'accès à une prise en charge et/ou provoquer une répétition traumatique** chez des enfants qui ont déjà subi des pertes et des bouleversements importants dans leur vie. Il est donc important que les autorités territoriales et nationales se demandent :

- Dans quelle mesure les systèmes et procédures encadrant la prise en charge des enfants sont-ils sensibles aux traumatismes ?
- Dans quelle mesure les systèmes et les procédures facilitent-ils la mise en œuvre d'évaluations holistiques et exhaustives et la fourniture d'une prise en charge aux enfants qui en ont besoin ?

7.2 Mise en pratique de la théorie

Après avoir exploré certains des éléments constituant une pratique sensible aux traumatismes, nous allons à présent étudier quelques exemples pratiques de mise en œuvre d'approches sensibles aux traumatismes. (Ce point sera abordé plus en détail dans le volet formation du projet.) Ces exemples ne sont peut-être pas nouveaux pour tout le monde, mais nous vous invitons à **les regarder à travers un prisme psychosocial** dans le but de mesurer à quel point la prise en charge au quotidien peut aider la reconstruction post-traumatique. La plupart des suggestions proposées ici **n'envisagent pas de « s'attaquer » au traumatisme de manière directe** : elles soulignent la manière dont **les relations peuvent être utilisées pour construire de la confiance et de la sécurité**, de sorte qu'avec le temps, les enfants parviendront **éventuellement** à prendre en charge leur vécu traumatique.

Un cadre utile pour comprendre et évaluer les besoins des enfants est celui fourni par **Kim Golding**, une psychologue du développement anglaise, qui fonde une grande partie de son travail sur le **modèle de psychothérapie développementale dyadique (DDP - Dyadic Developmental Psychotherapy)**. Le Modèle DDP a pour objectif de permettre aux enfants victimes de traumatismes relationnels de bénéficier de

nouvelles expériences relationnelles. Nous reviendrons sur le Guide d'évaluation de Golding à la fin du chapitre, mais il convient de noter ici en quoi sa « Pyramide des besoins »²⁴ (Figure 11) nous rappelle les éléments de la prise en charge relationnelle qui nécessitent une attention particulière. Golding réitère l'idée qu'**en l'absence de sécurité, il est difficile de nous connecter aux parts de nous-mêmes qui nous permettent d'établir des liens et de comprendre les autres**. D'autre part, la pyramide a une hiérarchie, ce qui signifie que même si les enfants ne progressent pas nécessairement de manière linéaire, ils ont besoin que leurs besoins de sécurité physique et émotionnelle soient satisfaits aux niveaux inférieurs avant de pouvoir accéder aux niveaux supérieurs.

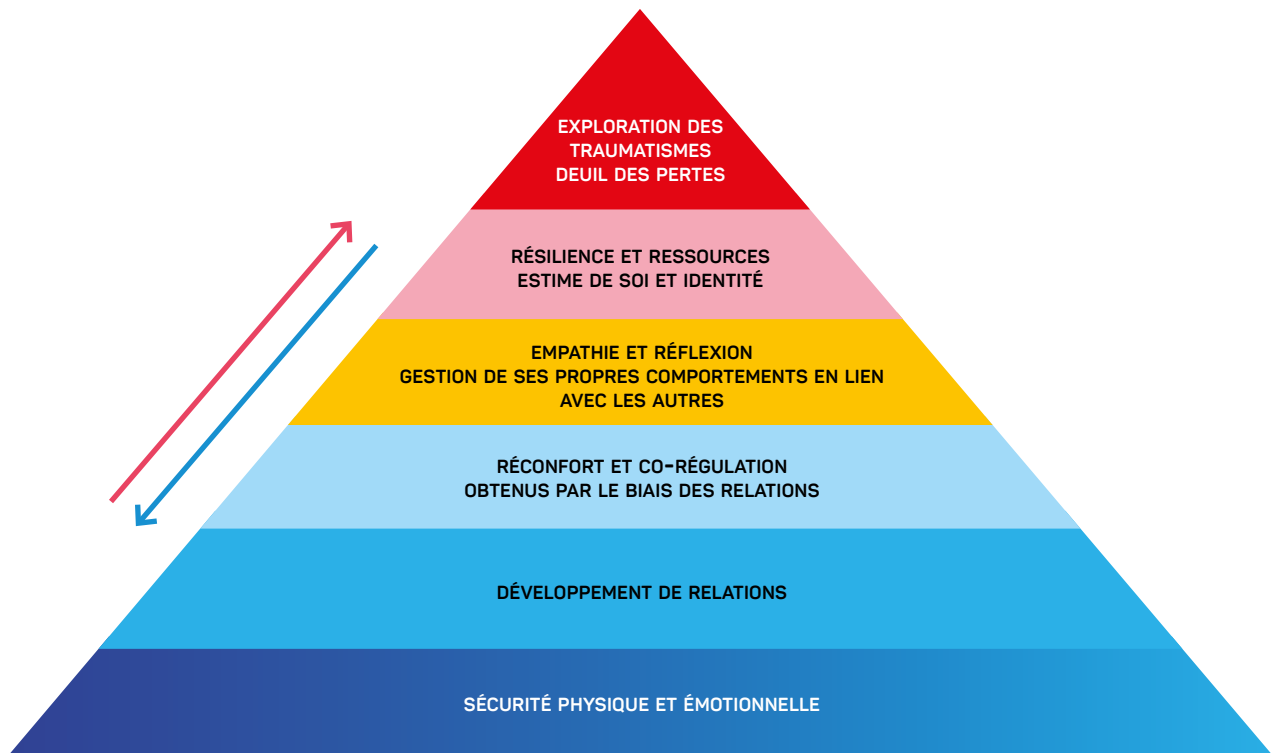


FIGURE 11
PYRAMIDE DES BESOINS DE K. GOLDING (2015)

Pour les enfants pris en charge en service d'hébergement agréé, nous suggérons les éléments suivants :

- Utiliser **le pouvoir des relations pour favoriser la reconstruction**.
- Avoir **l'ambition** pour les enfants qu'ils se reconstruisent de leurs traumatismes, mais qu'ils aient également une vie heureuse et prennent leur place au sein de leur groupe social et dans la société.
- Aider les enfants à **donner un sens** à leurs expériences afin qu'ils remettent en question les processus de culpabilisation envers soi-même et identifient leurs forces.



24. Kim Golding (2015.) Meeting the therapeutic needs of traumatized children, [published online] <https://kimgolding.co.uk/resources/models/meeting-the-therapeutic-needs-of-traumatized-children/>

- Aider les enfants à **devenir plus attentifs à leurs ressentis physiques et émotionnels et à leurs réactions corporelles.**
- Créer des **environnements physiques** où les enfants peuvent se sentir en sécurité et s'épanouir.
- Développer une pratique qui privilégie l'empathie, **le respect, la persévérance et le développement de la résilience.**

Sur la base des connaissances acquises au Chapitre 6, voici quelques-uns des **éléments constitutifs de la formation des relations d'attachement** et de l'établissement d'une base sécurisante. Bien que nous les ayons décrits séparément, ces éléments constitutifs sont tous interdépendants et se complètent les uns les autres.

a. Le pouvoir de la relation

L'élément le plus important qui doit être mis en place pour favoriser la reconstruction d'un enfant est qu'il puisse bénéficier de **la prise en charge d'une personne chaleureuse, aimante, à l'écoute et dont les actions sont prévisibles.** Il existe de nombreux outils permettant de structurer les interactions avec les enfants, mais s'ils ne sont pas utilisés **dans le contexte d'une relation solide et enrichissante**, où l'enfant se sent en sécurité, écouté et serein, **ces outils ne seront pas efficaces.** Les personnes qui s'occupent d'enfants ou travaillent avec eux doivent **utiliser toute leur personnalité et toute leur créativité** pour éveiller et susciter les curiosités naturelles des enfants, afin qu'ils « les accueillent avec enthousiasme ». **L'humour, l'espièglerie et l'expression de la joie** ne doivent jamais être oubliés dans le travail avec les enfants.

Il est tout aussi important pour les personnes qui s'occupent d'enfants ou travaillent avec eux d'être capables de « **fonctionner de manière réflexive** », ce qui signifie qu'elles doivent pouvoir :

1. **Identifier et reconnaître leurs propres histoires, ressentis et états mentaux**, qui font nécessairement partie de l'équation.
2. Être réceptives à **ce qui est suscité en elles** en réponse à ce qui est arrivé à l'enfant, ainsi qu'à son comportement.

Les relations sont par nature bilatérales : il est donc important que les personnes qui s'occupent des enfants ou travaillent avec eux soient accompagnées dans leur propre régulation émotionnelle, par le biais d'**une supervision régulière, d'un espace de réflexion, ainsi que par la formation et le coaching.**

b. Être « à l'écoute » et utiliser la « mentalisation » pour établir la confiance

Dans le chapitre précédent, le concept de « mentalisation » a été présenté comme un ingrédient essentiel au développement de la notion de « confiance épistémique » de Peter Fonagy. La capacité à comprendre ses propres états mentaux, à comprendre les états mentaux des autres et à y répondre constitue **la base de la capacité à établir des relations saines et à bien fonctionner dans un environnement social plus large.**

Dans la pratique, adopter une « posture de mentalisation » consiste à « **évaluer de manière optimale** » l'état mental de l'autre personne. **Il peut souvent arriver de mal interpréter les signaux émis par un enfant**, mais cette interprétation reste doublement utile :

1. Vous montrez par-là à l'enfant que vous ne « **savez** » **peut-être pas** ce qui se passe dans sa tête, mais que vous êtes curieux de le découvrir.
2. Le fait de montrer de l'intérêt pour l'enfant lui indique que **son monde intérieur est important** et, surtout, qu'**il est important pour vous**.

Il est également important de souligner le moment où la compréhension a été atteinte, car cela souligne pour l'enfant que vous avez une meilleure idée de lui et de ce qui le motive. En adoptant fréquemment une telle approche avec l'enfant et en donnant l'exemple à vos collègues, vous lui montrez que vous vous intéressez à lui et vous construisez de la confiance.

Avec le temps, vous pouvez ainsi **encourager l'enfant à développer une « posture de mentalisation »**. Au début, il peut s'entraîner à « deviner » ce que vous avez en tête ou, s'il a du mal à comprendre ce qui se passe dans une situation, l'encourager à imaginer ce qui pourrait se passer en pensant aux pensées, aux désirs ou aux croyances des autres personnes en présence. Ne vous contentez pas de lui présenter une solution possible : **aidez l'enfant à la découvrir par lui-même**. À mesure que la mentalisation se développe, elle devient de plus en plus élaborée. Nous pouvons faire des suppositions sur **ce que les autres pensent de nos pensées, de nos croyances et de nos motivations**. En aidant un enfant à « mentaliser », vous lui offrez une meilleure chance de lire avec précision les situations et les relations sociales.



VIGNETTE DE CAS SUR LA MENTALISATION

Théo est un garçon de douze ans qui vit avec sa famille d'accueil depuis six mois. Il est né avec une infirmité motrice d'origine cérébrale et se déplace en fauteuil roulant. Il a également été gravement négligé dans sa petite enfance, avant d'être pris en charge à l'âge de deux ans. Un jour, Théo rentre de l'école très en colère et perturbé. Son parent d'accueil lui demande ce qui ne va pas et il s'écrie que son meilleur ami, Andrei, n'a pas joué avec lui à l'heure du déjeuner, que personne ne l'aime et ne veut être son ami. Conscient de la détresse de Théo, son parent d'accueil le suit dans sa chambre et lui apporte sa boisson préférée. Il l'écoute d'un air intéressé tandis que Théo crie avec colère que son parent d'accueil « ne comprend rien ». Son parent d'accueil reconnaît la souffrance de Théo. Il remarque que Théo a rapidement adopté une façon de penser qui reflète une image négative de lui-même. Après quelques instants d'écoute, son parent d'accueil lui dit : « Je vois que tu es vraiment affecté par cette histoire. Je me demande si Andrei avait autre chose à faire à l'heure du déjeuner. Peut-être qu'il devait voir son instituteur. Théo répond que ce n'était pas ça, car il l'a vu avec Mika. Son parent d'accueil répond : « D'accord, je n'avais pas bien compris. Peut-être qu'Andrei devait s'organiser avec Mika pour le match de foot auquel ils participent tous les deux demain ? » Théo répond que non, ce n'est pas ça non plus, et il fond en larmes. Après avoir réconforté Théo quelques instants, son parent d'accueil lui dit : « Ah, je me demande si tu t'es senti inquiet qu'Andrei ne veuille plus être ton ami ? ». Théo n'arrive pas à répondre par des mots, mais il se blottit un peu plus contre son parent d'accueil. Après quelques instants, son parent d'accueil lui dit : « Je comprends que tu te sois senti agacé et peut-être un peu blessé. Parfois, nous nous sentons tous un peu seuls quand nos amis ont d'autres projets dont nous ne sommes pas au courant. Mais je sais qu'Andrei t'aime beaucoup et qu'il aime venir jouer à la maison. Pourquoi tu ne lui demandes pas de venir samedi ? » Au bout d'un moment, Théo se rallie à cette suggestion et accepte d'inviter Andrei le lendemain. Désireux de le rassurer davantage et de lui donner un sentiment de sécurité, le parent d'accueil de Théo l'invite à l'aider à préparer le dîner, car il sait que Théo aime cela, puis à regarder ensemble leur émission de télévision préférée.

c. Aider les enfants à développer leur « sécurité ressentie ».

Les routines et les rituels jouent un rôle important dans la prise en charge des enfants en service d'hébergement agréé : ils constituent un socle important à partir duquel les enfants peuvent développer un sentiment de « sécurité ressentie » et d'appartenance. Les routines favorisent la prévisibilité, qui à son tour confère de la sécurité. L'heure des repas, l'heure du coucher, les courses ou les soirées cinéma sont autant d'**occasions pour les personnes qui s'occupent des enfants de leur montrer leur amour, leur intérêt et leur attention, et de voir comment les enfants les réceptionnent et y répondent**. Ces moments réguliers fournissent également des occasions quotidiennes

dans lesquelles les enfants peuvent **tester leurs compétences relationnelles**. Les actions prévisibles et répétées permettent aux enfants de développer des **schémas de familiarité** qu'ils peuvent utiliser dans d'autres situations sociales.

Avec le temps, les enfants peuvent commencer à ressentir un « **sentiment d'appartenance** » qui leur est propre et spécifique, auquel ils peuvent revenir en cas de difficulté. Les routines peuvent aider à **libérer l'esprit, le cerveau et le corps des enfants** pour qu'ils puissent explorer le monde qui les entoure, en sachant qu'ils disposent d'une base sûre à laquelle ils peuvent revenir. Voici quelques exemples qui contribuent à alimenter un sentiment de sécurité :

- Prêter une attention particulière à la manière dont les enfants sont présentés à la structure d'accueil et sont aidés à **se sentir bienvenus** lors de leur première visite/jour.
- Développer des routines autour de bons repas. Au-delà de l'alimentation en tant que telle, **la nourriture a une signification sociale et symbolique importante**. Les enfants doivent être impliqués dans l'élaboration de ces significations et de ces rituels, qui leur donnent la possibilité de faire preuve de bienveillance et d'attention envers les autres.
- Garantir de l'intimité. Les enfants doivent pouvoir **développer un sentiment d'intimité personnelle** et de sécurité pour leurs biens personnels. S'ils doivent partager l'espace de leur chambre, réfléchissez à la manière de gérer cet espace afin de leur offrir le plus d'espace personnel possible. Il est également utile de créer des attentes concernant le temps passé ensemble, le temps personnel et le temps passé sur les réseaux sociaux.
- **Montrer que la fin de quelque chose peut être positive**. Des messages clairs et des invitations actives indiquant que les enfants peuvent toujours revenir (par exemple pour des fêtes, pour des repas hebdomadaires, pour faire leur lessive ou pour passer la nuit) aident l'enfant qui passe à une autre étape de sa vie, tout en envoyant également un message aux autres enfants sur la façon dont ils sont aimés.

d. Avec eux par la pensée : Une caractéristique essentielle de la « sécurité ressentie ».

Le fait que les enfants peuvent être « loin des yeux » mais « pas loin du cœur » est fondamental. Cela envoie aux enfants un puissant message de sentiment de sécurité. Cela leur indique que même si vous n'êtes pas toujours présent, vous êtes tout de même avec eux par la pensée. Pour les enfants victimes de traumatismes, cela peut être un moyen de **les apaiser en période de stress**. Il s'agit de **petits actes symboliques** qui indiquent que l'enfant compte pour vous. Les exemples doivent être adaptés à l'âge de l'enfant et peuvent inclure :

- Lui faire un porte-clés contenant une photo d'un moment spécial.
- Glisser une note surprise d'affection, de compliments ou de réconfort dans un livre ou une boîte à pique-nique.

- Envoyer une carte postale lorsque vous partez en vacances.
- Utiliser des phrases comme « ...je pensais à toi hier quand... ».
- Rappeler à l'enfant quelque chose qu'il vous a peut-être dit la semaine dernière.
- S'assurer du fait qu'il y a beaucoup de photos et de souvenirs dans l'espace de vie, afin que l'enfant sache qu'il est présent, même s'il n'est pas physiquement présent.

e. Réciprocité

La **réciprocité** est un autre outil permettant de développer les liens. Le concept de réciprocité est généralement utilisé pour décrire le processus de communication entre un bébé et ses parents. Mais il peut s'appliquer aux relations entre les enfants et leurs parents, quel que soit leur âge, et plus généralement à d'autres relations. La réciprocité est essentiellement **un processus d'adaptation mutuelle** au cours duquel la figure d'attachement et l'enfant apprennent à se connaître et à lire les signaux l'un de l'autre.

Les relations de réciprocité développent les compétences sociales, et elles se produisent aussi souvent dans des moments de joie. La réciprocité est **un signe de prévisibilité, de réactivité et de sécurité**. En outre, comme l'enfant est un partenaire actif dans ces échanges, il grandit et peut découvrir son sens de l'agentivité, de sa propre maîtrise. Comme les deux parties de la relation sont uniques, **cette « danse » se construit au fil du temps, au bénéfice de chacun.**

Une autre façon de décrire la réciprocité dans les relations a été élaborée par le Centre for the Developing Child²⁵, qui décrit cet échange comme un **« service avec retour »** (à la manière du tennis). En étudiant les interactions avec les enfants avant l'acquisition du langage, ce modèle s'apparente à la « danse » entre l'enfant et sa figure d'attachement, qui aide à construire les compétences de l'enfant, en proposant les modalités suivantes :

1. Identifier le « service » (l'élément qui suscite l'intérêt de l'enfant) et partager cet intérêt avec lui.
2. Faire un « retour » en se montrant attentif à l'élément auquel l'enfant s'intéresse et en y prenant plaisir.
3. Nommer ce qui suscite l'intérêt de l'enfant.
4. Attendre de voir ce à quoi l'enfant s'intéresse ensuite, en entretenant l'interaction dans les deux sens.
5. Pratiquer les débuts et les fins de ces interactions de « service avec retour ».

25. Center for the developing child (2019). Introduction to serve and return.
<https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/serve-and-return/>.

VIGNETTE DE CAS SUR LA RÉCIPROCITÉ EN UTILISANT LE MODÈLE « SERVICE AVEC RETOUR » AVEC UN ENFANT PLUS ÂGÉ

Jana est une adolescente de 15 ans, calme et réservée. Le temps qu'elle passe à la maison se limite au fait de dormir, de manger et de rester dans sa chambre. Elle n'est pas considérée comme problématique, mais elle évite les membres du personnel. Elle parle rarement et ses réponses aux questions sont brèves et succinctes. Au bout d'un temps, un membre du personnel, Ben, établit un lien avec Jana, en utilisant volontairement le modèle « service avec retour ». Il a remarqué que Jana adore la pizza et cherche souvent à en manger (le « service »). Il propose de faire une pizza et demande à Jana si elle peut trouver une recette de pizza, en l'encourageant à la chercher (le « retour »). Lorsqu'elle trouve une recette, il lui demande si elle veut l'aider à acheter les ingrédients et à préparer la pizza (« nommer »). Dans la cuisine, Ben crée un environnement dans lequel Jana peut prendre le contrôle du processus. Lorsqu'elle lit les différents points de la recette, il réagit et l'encourage à poursuivre l'interaction en posant des questions ouvertes. Il lui parle avec douceur, lui demandant si elle connaît la meilleure farine pour la pizza, ou encore d'où viennent les tomates, et il lui parle un peu de ses plats préférés (entretien de l'interaction). Lorsqu'elle se montre réticente à continuer de parler, il fait preuve de sensibilité et lui permet de mettre fin à l'interaction à sa guise. Au fil du temps, Ben crée d'autres opportunités autour de l'intérêt de Jana pour la nourriture, au cours desquelles il l'encourage à prendre l'initiative et à pratiquer cette compétence partagée pour développer des relations (pratique des débuts et des fins).

f. Favoriser la régulation émotionnelle

Comme cela a été établi, la régulation émotionnelle (la capacité à s'apaiser soi-même en cas d'hyper vigilance ou de détresse) n'est **pas une compétence innée** chez l'être humain, mais **une capacité qui se développe par le biais des premières relations d'attachement** et qui devient plus sophistiquée avec le temps. Dans les services de prise en charge agréés, cette capacité peut se développer dans **le contexte d'environnements stables et de relations constantes, avec des adultes fiables qui apaisent et modélisent la co-régulation**. Dans ces environnements, les enfants peuvent être aidés pour gérer leurs émotions immédiates et développer une maîtrise de soi à long terme.

La condition préalable fondamentale pour aider les enfants à développer l'autorégulation est **la présence d'un ou de plusieurs adultes eux-mêmes bien régulés**. Les enfants s'inspirent des figures d'attachement présentes dans leur vie et accordent de l'importance aux opinions et aux croyances des personnes qui leur sont chères. **Il ne faut pas considérer que ce lien est préexistant** dans les relations, même dans les relations « de sang ». Cette confiance **se gagne et doit être constamment entretenue**. Dans les contextes où plusieurs adultes responsables sont présents, il est important que **les personnes qui s'occupent des enfants adoptent une approche cohérente, sans nier les différences de style**. La manière dont les adultes se comportent les uns envers les autres et envers les enfants a une influence sur la réaction de ces derniers et contribue à établir les « attentes » au sein de l'environnement de prise en charge. Plus ce cadre est calme et serein, moins les enfants victimes de traumatismes risquent de subir des phénomènes de

réactivation liés aux facteurs de stress environnementaux (des stimuli psychologiques qui remémorent une expérience **traumatique** antérieure).

L'un des moyens par lesquels les professionnels et les intervenants sociaux peuvent favoriser la régulation est de **parler de leurs propres émotions, de manière générale et quotidienne**. Lire des histoires ensemble, ou regarder des programmes télévisés ou des films constitue un excellent moyen d'encourager le dialogue émotionnel, tout en conservant une certaine distance. **Partager l'apprentissage** avec les enfants est également un moyen puissant de normaliser la conversation émotionnelle. L'utilisation de concepts tels que la « fenêtre de tolérance » (voir le Chapitre 4 du présent guide pratique) peut **fournir aux enfants un langage leur permettant d'exprimer ce qui se passe dans leur tête**. Le fait de partager ces connaissances avec les autres membres du réseau d'aide à l'enfance permet également d'apporter de la cohérence et d'ouvrir des portes pour que l'enfant puisse chercher de l'aide là où il le souhaite.

Dans les périodes plus calmes, et dans le but d'aider l'enfant à participer activement à sa propre reconstruction, il convient de réfléchir à la manière dont on peut l'aider à identifier les éléments déclencheurs, tout en développant des compétences permettant de développer un sentiment de reconstruction et d'autorégulation, dans son esprit comme dans son corps. Grâce aux conseils et à l'accompagnement de leurs figures d'attachement, les enfants doivent avoir la possibilité de tester un ensemble de différentes techniques, afin d'identifier celles qui pourraient être efficaces et confortables pour eux. Exemples de techniques à explorer :

- Les exercices de respiration.
- Les techniques de massage autonome et de massage sans danger.
- Les pratiques de pleine conscience.
- La narration d'histoires.
- Le tai chi, le yoga ou d'autres exercices portant sur la relaxation du corps.
- La musique qui nous permet d'explorer nos humeurs, ou d'en changer.
- Le fait de chanter ensemble, qui nous permet de nous connecter les uns aux autres.
- Les percussions, la marche, la danse ou les activités sportives qui impliquent des rythmes réguliers

Les personnes qui s'occupent d'enfants et travaillent avec eux peuvent également mettre au point différents **jeux et exercices adaptés à leur âge et visant spécifiquement à identifier les émotions, afin d'en parler**. **L'Annexe 3** propose quelques exemples de types d'activités ludiques que vous pourriez essayer ou suggérer à un enfant pour l'aider à se réguler ou à prendre soin de lui.

g. Aider un enfant à retrouver une régulation

Lorsqu'un enfant présente une dysrégulation émotionnelle, il est important que les intervenants sociaux et les travailleurs sociaux se focalisent sur les émotions qui motivent le comportement plutôt que sur le comportement lui-même. Il est possible que l'enfant se focalise quasi exclusivement sur une menace perçue et sur le besoin

de sécurité, de sorte qu'il ne maîtrise pas totalement son comportement. Dans de telles circonstances, l'objectif immédiat n'est pas d'amener l'enfant à expliquer ce qui s'est passé ni de le punir. L'objectif immédiat est plutôt de désamorcer la situation. Pour cela, les intervenants sociaux et les professionnels peuvent pratiquer le « Modèle contenant-contenu », une théorie adaptée des travaux du psychanalyste Wilfred Bion, où l'adulte démontre sa volonté de reconnaître les puissantes émotions de l'enfant, en les reflétant avec maîtrise et calme. À titre d'exemple, on peut avoir un dialogue de ce type : « ... Je vois que ce qui s'est passé t'a vraiment mis en colère et t'a vraiment perturbé. Je vois que tu as un problème avec moi en ce moment. Je veux que nous prenions un moment pour apaiser la situation, puis nous examinerons ce qui t'a contrarié et trouverons un moyen d'y remédier. » De cette façon, vous reconnaissez la détresse de l'enfant, vous nommez ses sentiments et vous indiquez que vous n'avez pas pris ce qui a été dit comme une attaque personnelle. Les enfants ont besoin d'entendre cette « réparation » rapidement après la « rupture ».

Les intervenants sociaux et les travailleurs sociaux peuvent également s'inspirer des travaux de Porges lorsqu'il parle de donner aux enfants des « indices de sécurité », par exemple :

- Adopter une posture chaleureuse et non menaçante.
- Utiliser des expressions du visage douces, un ton de voix apaisant.
- S'asseoir à côté de l'enfant, sans contact visuel direct, ce qui peut être moins menaçant ou moins intense.
- Garder le silence pour permettre à l'enfant de retrouver un certain équilibre et le temps de remettre ses idées en place.
- Lorsque le stress a diminué, utiliser une posture réflexive ou de « mentalisation » pour explorer la manière dont l'enfant a interprété les événements, afin de l'aider à aller de l'avant.



Regarder + réfléchir

Il est important d'utiliser des signaux non verbaux de sécurité pour tous les enfants, mais plus particulièrement pour les enfants qui ont des difficultés d'apprentissage ou des troubles sensoriels. Des techniques telles que l'interaction intensive sont utiles pour établir des relations, une confiance et une logique de communication avec les enfants qui ont des difficultés en la matière.

Cette courte vidéo montre des exemples de signaux non verbaux de sécurité, ainsi que l'utilisation de l'interaction intensive pour les enfants ayant des difficultés d'apprentissage. Comment pourriez-vous appliquer ces techniques dans votre travail avec des enfants ?

Encouraging interaction (3) – Leyla - Nasenonline – 27 juillet 2014

<https://www.youtube.com/watch?v=enJtHkIBGC8>

h. Donner du sens

Comme indiqué au Chapitre 5, l'un des impacts psychosociaux du traumatisme est qu'il peut favoriser un sentiment intériorisé de « **dissociation** » **des sentiments, des vécus et des pensées**. En étudiant en quoi le fait de donner du sens permet de prendre en charge les ressentis de dissociation, l'Institute of Recovery from Childhood Trauma fait remarquer que :

« ... lorsqu'un adulte garde un enfant à l'esprit et l'aide à **mettre des mots sur les expériences qu'il a vécues**, alors le cerveau peut les intégrer. Lorsque nous nous racontons à nous-même l'histoire de la vie que nous vivons, l'esprit peut façonner le cerveau. Des adultes de confiance peuvent aider l'enfant à produire ce récit de reconstruction à partir des expériences de la vie quotidienne. »²⁶

L'une des manières de « donner du sens » est d'**exploiter opportunément des conversations spontanées** qui peuvent survenir dans le cadre de la vie quotidienne. Il peut s'agir de **conversations indirectes** sur le sujet des traumatismes, mais qui ne correspondent pas spécifiquement au vécu individuel de l'enfant. **En partageant les connaissances acquises dans le cadre de ce guide et ailleurs**, de manière calme et rassurante, vous montrerez que **les traumatismes ne sont pas un sujet « tabou »**. Voici quelques messages d'ordre général dont vous pouvez vous inspirer :

- Les vécus traumatiques sont courants.
- Ils surviennent souvent dans l'enfance.
- Les enfants ne sont jamais responsables de leurs vécus traumatiques.
- La réaction aux traumatismes est spécifique à chacun : il s'agit d'une réponse adaptative, souvent inconsciente, qui aide la personne à survivre.
- Les gens ne se résument pas à leurs vécus traumatiques

Les enfants qui ont subi des traumatismes peuvent être **très attentifs** à la façon dont les questions ou les conversations sont abordées et peuvent même « **tâter le terrain** » pour voir comment vous abordez le sujet. Même si vous soupçonnez ou savez que c'est le vécu de l'enfant qui se cache derrière la conversation, il est très important que vous n'essayiez pas de pousser l'enfant à la « révélation », mais que vous **laissiez l'enfant appliquer son propre rythme**. Les **deux exceptions possibles à cette règle générale** sont les suivantes :

- a) Si l'enfant a provoqué à plusieurs reprises des discussions indirectes sur le sujet du traumatisme, vous pouvez avoir l'impression qu'il essaie de vous inciter à lui demander directement si quelque chose de ce type lui est arrivé. Si c'est le cas, il est souhaitable que vous en parliez à un responsable/superviseur, afin de pouvoir planifier la manière dont vous pourriez engager une telle discussion de manière sensible et adaptée.
- b) Si vous soupçonnez qu'une maltraitance est actuellement effectivement en cours, il convient de suivre les procédures de protection de l'enfance applicables.



26. Institute of Recovery from Childhood Trauma - <https://irct.org.uk/>.

Une solution plus formelle et planifiée d'aider un enfant à donner du sens à ses vécus traumatiques et à son parcours de prise en charge est d'engager un travail sur l'histoire de vie. Le travail sur **l'histoire de vie** est essentiellement une façon de raconter des histoires : des histoires qui aident un enfant à comprendre son passé, comment le passé a façonné son présent, mais aussi comment son passé ne doit pas définir son avenir. Le travail sur l'histoire de vie peut prendre de nombreuses formes et suivre différentes modalités en fonction de l'âge de l'enfant, de son degré d'autonomie, des informations accessibles, de la possibilité de consacrer des ressources supplémentaires à l'acquisition de nouvelles informations, des personnes auprès desquelles les informations peuvent être recueillies, de la manière dont elles sont partagées, etc. Idéalement, ce travail sur l'histoire de vie doit naître de la curiosité naturelle de l'enfant envers son passé, lorsqu'il commence à beaucoup se demander « pourquoi ». Ensemble, l'enfant et la(les) personne(s) qui s'occupe(nt) principalement de lui, et qui est/sont en mesure de « recevoir » les réponses de l'enfant, quelles qu'elles soient, doivent exploiter les informations dont ils disposent pour établir un récit sur la vie de l'enfant jusqu'à présent. Un travail plus intensif sur l'histoire de vie peut également être entrepris si l'enfant est très instable et/ou s'il a fait l'objet de plusieurs placements. Dans ce cas, l'objectif supplémentaire du travail sur l'histoire de vie est d'extérioriser la confusion, la douleur et les appréhensions qu'un enfant peut nourrir au sujet de son histoire traumatique et son parcours de prise en charge.



Regarder + réfléchir:

Richard Rose est l'un des penseurs et praticiens majeurs du Royaume-Uni dans le domaine de la thérapie par le récit de vie. Cette vidéo est relativement longue (1h03), mais elle propose un bon aperçu des problématiques en jeu et de la manière dont Richard Rose aborde ce travail. Quelles sont les idées qui pourraient être transposées dans votre contexte ?

Therapeutic Life Story Work - Sharing Lives/Sharing Stories - CELCIS - 16 décembre 2019

<https://www.youtube.com/watch?v=LNNZpeduLOQ>

i. Favoriser des liens à plus grande échelle et développer les forces

Comme cela est évoqué au Chapitre 5, l'une des principales conséquences du traumatisme dans l'enfance est qu'il peut créer chez l'enfant **un ressenti interne d'isolement ou de différence** vis-à-vis des autres enfants et des adultes qui l'entourent. Les enfants pris en charge en service d'hébergement agréé portent le fardeau supplémentaire de subir **des pertes relationnelles répétées et d'être déracinés de leur groupe social et de leur environnement scolaire d'origine**. Il est donc essentiel que les enfants puissent **développer des liens et un sentiment d'appartenance dans leur environnement**. Lev Vygotsky, psychologue russe du début du XXe siècle, a élaboré le très utile **concept d'« étayage »** pour décrire comment, avec l'aide et les conseils d'adultes bienveillants, les enfants peuvent acquérir de nouveaux ensembles de compétences et de connaissances qu'ils ne seraient pas en mesure d'acquérir seuls. Concernant les enfants victimes de traumatismes, il est possible qu'un temps plus long soit nécessaire pour gagner leur confiance, mais l'importance de **s'appuyer sur les forces et les potentialités** ne doit pas être sous-estimée.

Robbie Gilligan, professeur de travail social et de politique sociale au Trinity College de Dublin, en Irlande, a souligné, lorsqu'il s'est penché sur les facteurs de résilience, l'importance d'**aider les enfants à développer leurs talents et centres d'intérêts précoces en dehors de l'environnement de prise en charge**. Cela permet en effet aux enfants de se construire de nouveaux récits sur eux-mêmes, mais cela leur fournit également un moyen d'**exprimer leur identité par le biais d'activités significatives pour eux et de leurs propres efforts**.²⁷ Des approches telles que l'apprentissage par l'expérience et la pédagogie de plein air reposent sur ces principes.

Conformément aux principes énoncés au Chapitre 2, une dernière solution permettant d'aider les enfants à développer leurs talents et leurs capacités est la **participation significative**. Une bonne pratique sensible aux traumatismes se fonde sur les droits de l'enfant, et tous les enfants, en fonction de l'évolution de leurs capacités, ont le droit de participer aux choses qui sont importantes pour eux. Les personnes qui s'occupent d'enfants ayant subi des traumatismes ou qui travaillent avec eux doivent être disposées à écouter et à s'imprégner des idées et des compétences des enfants – des idées et des compétences que les adultes n'identifient pas nécessairement ou auxquelles ils ne donnent pas toujours la priorité. La participation des enfants doit être véritablement active et significative. Elle doit être considérée comme une nécessité dont les adultes, à tous les niveaux, ont la responsabilité. Afin d'accompagner les enfants dans leur parcours de reconstruction des traumatismes, **nous devons cesser de les considérer comme des « objets d'intervention » et les considérer comme des sujets ayant le droit, la capacité et la volonté d'agir sur le cours de leur propre vie**. En veillant à ce que les enfants aient la possibilité de jouer un rôle essentiel dans leur propre vie, y compris en tant que partenaires de la prise de décision pour ce qui concerne leur reconstruction, nous améliorerons leur sentiment d'autonomie et les aiderons à devenir plus forts pour l'avenir.

j. Évaluer les besoins des enfants et en rendre compte

Pour les personnes qui s'occupent d'enfants ou travaillent avec eux dans des services d'hébergement agréés, les capacités d'observation et l'attention portée à nos propres réactions sont des moyens essentiels pour nous aider à voir au-delà du comportement de surface et à comprendre **ce que les enfants nous communiquent derrière les mots**. Pour y parvenir, nous devons **être attentifs aux réactions des enfants, écouter avec finesse et nous questionner** sur ce que le comportement nous signale. Les actes des enfants peuvent être un moyen de les aider à donner un sens à l'adversité et aux traumatismes, mais aussi de les protéger de « souvenirs » douloureux.

Nous avons déjà évoqué plus haut la nécessité de veiller à ce que les enfants participent activement à toutes les évaluations ou à tous les rapports qui les concernent, mais il convient également de réaffirmer ici que nous devons être attentifs à la terminologie que nous utilisons pour décrire les expériences des enfants. **Un traumatisme est un phénomène qu'un enfant a subi, dont il a été victime : ce n'est pas une étiquette qui doit le définir**. Des termes tels que « conflictuel », « provocateur », « trouble du comportement », « en recherche d'attention », « manipulateur », « délinquant » ou «



27. Gilligan, R. (1999.). Enhancing the resilience of children and young people in public care by mentoring their talents and interests. *Child and family social work*, 4, 187-196.

vicieux » sont profondément inopportuns et stigmatisants. Ils enferment en outre l'enfant dans une catégorie figée. **Quelques exemples d'alternatives :**

- Un « comportement difficile » peut être un comportement « de détresse » ou « de dysrégulation émotionnelle ».
- Une terminologie évoquant des « dommages » susceptibles d'être « réparés », une « irréversibilité » et du « déterminisme » doit être remplacée à la lumière des connaissances sur la « neuroplasticité » et proposer de « l'espoir » et des « possibilités d'évolution et de développement ».
- Les formules utilisées pour qualifier les troubles psychiatriques peuvent être reformulées en « adaptations », « signes de résilience » et « outils de survie ».

Si nos fonctions impliquent pour nous de devoir consigner de manière régulière des informations relatives au quotidien des enfants, il peut parfois être utile de « cadrer » ce que nous exprimons, comme si nous nous adressions directement à l'enfant. Une telle démarche peut être profitable à plus d'un titre :

- Elle permet de nous assurer que l'enfant reste au premier plan de notre esprit lorsque nous écrivons à son sujet.
- Elle peut nous aider à nous montrer plus sensibles dans l'utilisation des mots lorsque nous écrivons à propos d'incidents ou d'événements qui les concernent.
- Les enfants pris en charge en service d'hébergement agréé sont susceptibles d'avoir accès à leur dossier à un moment donné de leur vie. Pour nombre d'entre eux, ce dossier peut s'avérer être une « boîte à souvenirs » importante, voire dans certains cas, la seule. Il est donc essentiel de rédiger tout rapport en adoptant une approche de compassion et de bienveillance.

Il peut être utile de faire comprendre à l'enfant que des comptes rendus sont consignés et de l'encourager à y contribuer lui-même. Dans le cadre d'une relation de confiance, un compte-rendu coréalisé peut être très bénéfique à l'enfant, tout en renforçant le fait que ce qui compte pour lui compte aussi pour vous.



Éléments à prendre en compte

Un bon exercice consiste à se mettre à la place de l'enfant lorsque vous écrivez quelque chose à son sujet et à essayer de vous relire en adoptant son point de vue. Se reconnaîtra-t-il dans ce que vous avez écrit ou comprendra-t-il le vocabulaire utilisé ? Avez-vous noté ses souhaits, ses ressentis et ses opinions ? Avez-vous montré que vous essayez de comprendre ce qui se passe pour l'enfant (« Je crains que tu ne te sentes isolé »), ou ce qui pourrait avoir un impact sur lui (« Je me demande si les commentaires qui t'ont été adressés avant de t'énerver ne t'ont pas rappelé la manière dont on te traitait quand tu étais enfant ») ? Examinez un compte-rendu ou un rapport que vous avez récemment rédigé concernant un enfant. Quelles modifications pourriez-vous y apporter pour que votre compte-rendu soit plus sensible aux traumatismes ?

Les cadres que nous utilisons pour évaluer les besoins des enfants ont également une influence importante sur la manière dont nous représentons leurs vécus et leur histoire personnelle. Ils peuvent en effet influencer la perception que les enfants ont d'eux-mêmes, et ils façonnent également leurs récits individuels et collectifs par le biais d'un ensemble de procédures et de systèmes externes qui exercent un pouvoir considérable sur la vie des enfants – par exemple les procédures judiciaires, l'enseignement prodigué, les perceptions de la société, etc. Il est donc essentiel d'utiliser des cadres à la fois sensibles aux traumatismes et pensés pour le développement, afin que les récits des enfants soient relayés avec sensibilité et compassion.

Voici quelques exemples de tels cadres :

1. La matrice d'évaluation de Kim Goulding (voir (1), **Annexe 3**).
2. L'approche Attachement, Régulation et Compétence de Margaret Blaustein et Kristine Kinniburgh, dont l'objectif est d'être adaptable aux différents réseaux de prise en charge des enfants (**voir Annexe 4**).
3. AMBIT – un cadre issu de la théorie de la mentalisation, développé par l'équipe du Anna Freud National Centre for Children and Families et spécialement conçu pour travailler avec des personnes présentant des besoins multiples (voir n° 11, **Annexe 2**).



Éléments à prendre en compte

Si l'évaluation de l'enfant est essentielle à une planification sensible aux traumatismes, il est également important de procéder à un examen critique de votre cadre de prise en charge, afin d'évaluer sa capacité à mettre en œuvre des pratiques sensibles aux traumatismes. En utilisant le modèle de l'Annexe 3, réfléchissez aux choses que votre établissement fait bien, ainsi qu'à celles qu'il doit améliorer afin de fournir une prise en charge sensible aux traumatismes.

k) Encourager les relations des enfants avec leur famille d'origine

Comme l'indiquent les informations ci-dessus, de nombreux enfants pris en charge sont susceptibles de présenter des pensées et **des émotions complexes vis-à-vis de leur famille d'origine**. (Il s'agira principalement des relations avec le(s) parent(s), mais cela peut également concerner les relations avec les grands-parents, les frères et sœurs, etc.). Ces pensées et ces émotions peuvent être conflictuelles, intenses, confuses et douloureuses. Et elles peuvent évoluer avec le temps. Comme nous l'a indiqué la phase d'évaluation, certains enfants savent que ces relations et ce qu'ils ont vécu dans leur cadre les mettaient en danger : la prise en charge est donc pour eux synonyme de stabilité, d'amour et de possibilités. Pour d'autres, le fait de vivre en service d'hébergement agréé crée un vide, une sensation de perte impossible à apaiser.

D'expérience, nous savons aussi que de nombreux enfants pris en charge en service d'hébergement agréé retournent au bout du compte dans leur famille d'origine lorsque les

ordonnances judiciaires sont levées où lorsqu'ils arrivent à un âge où l'administration n'est plus tenue de leur fournir un hébergement. Par ailleurs, avec l'avènement des réseaux sociaux, nous savons que certains enfants entrent indépendamment en contact avec des membres de leur famille, sans que les personnes qui s'occupent d'eux et travaillent avec eux en service d'hébergement agréé n'en soient informées. Pour toutes ces raisons, il est important que la prise en charge en service d'hébergement agréé intègre une reconnaissance active et une véritable prise en compte des relations de l'enfant avec sa famille d'origine. (Ce point se distingue du travail sur l'histoire de vie.) Où, quand, comment, avec qui ce travail sera effectué dépend de nombreux paramètres, mais il est probable que la question nécessitera de la réflexion, qu'elle sera dynamique (c'est-à-dire que les réponses évolueront) et qu'elle nécessitera potentiellement un accompagnement psychologique spécifique.

En plus de la mission de reconstruction individuelle et de réparation relationnelle de la prise en charge en service d'hébergement agréé, de manière générale, lorsque cela ne présente pas de risque et en fonction des souhaits de l'enfant, les services d'hébergement agréés doivent s'efforcer de favoriser des contacts réguliers entre les enfants et des membres de leur famille d'origine. Des contacts réguliers peuvent aider l'enfant à ne pas aggraver ses ressentis d'isolement et de perte. Ces contacts peuvent prendre diverses formes (direct/indirect, de visu, par téléphone, email, SMS, envoi de courriers postaux/photos/ dessins etc.) et ils peuvent se dérouler à fréquences variables. Un certain nombre de points sont importants à intégrer :

- Les contacts doivent être planifiés, de sorte à en garantir la prédictibilité autant que possible, par exemple en vérifiant auprès du parent sa disponibilité le jour-même.
- Les conditions doivent être claires, de sorte que les attentes de chacun puissent être encadrées.
- Les contacts doivent être intégrés aux habitudes quotidiennes et aux rythmes de la vie de l'enfant.
- Ils doivent être encouragés, de sorte que le réseau relationnel de l'enfant lui confère une impression de cohérence et d'intégration.
- Ils doivent être gérés, de sorte que les enfants vivent les contacts de manière positive : ils ne doivent pas constituer pour eux un facteur de stress supplémentaire.

Ne pas oublier

- Le concept de pratique sensible aux traumatismes est relativement nouveau, mais les logiques qui le sous-tendent sont en grande partie issues de connaissances établies. Selon l'ampleur des évolutions recherchées, les approches sensibles aux traumatismes pourront viser un ou plusieurs des objectifs suivants :
 - Réduire en amont la probabilité de survenue de traumatismes.
 - Aider les personnes victimes de traumatismes à donner du sens à leur vécu, de sorte à avancer de manière positive dans leur vie.
 - S'assurer du fait que les réponses fournies intègrent une logique de prévention active des répétitions traumatiques.

- Les adultes qui s'occupent d'enfants victimes de traumatismes et travaillent avec eux peuvent les aider à se reconstruire en établissant des relations sûres, prévisibles et de confiance, qui tiennent compte des dimensions psychosociales de « l'attachement » sur lesquelles reposent le développement de l'enfant dans son intégralité.
- Le « cycle rupture-réparation » et une approche intégrant la « mentalisation » peuvent aider les adultes responsables à rester curieux des états psychologiques de l'enfant et à s'y intéresser. Ne pas savoir et ne pas toujours avoir besoin de « résoudre » peut s'avérer libérateur pour les adultes, de sorte qu'ils pourront travailler avec les enfants plutôt que d'essayer de les « réparer ».
- Une pratique sensible aux traumatismes peut être mise en œuvre à tous les niveaux des différents systèmes qui encadrent la prise en charge de l'enfant en service d'hébergement agréé. Le présent chapitre se focalise sur les actions que les adultes peuvent engager au quotidien, mais nous devons également rester attentifs aux évaluations que nous conduisons, à notre travail avec les familles d'origine, à l'accompagnement proposé aux adultes qui s'occupent des enfants au quotidien, etc. Il faut que l'ensemble de ces domaines intègrent des pratiques sensibles aux traumatismes, afin de fournir aux enfants la meilleure prise en charge possible.
- De nombreux outils existent pour mieux structurer les interactions avec les enfants, mais ces outils ne servent à rien s'ils ne sont pas utilisés dans le cadre d'une relation de confiance, où l'adulte apprécie la présence de l'enfant et lui permet de se sentir en sécurité et serein.





CHAPITRE 8



Prendre soin des intervenants sociaux : Maintenir les bonnes pratiques dans les cadres de prise en charge

CHAPITRE 8

PRENDRE SOIN DES INTERVENANTS SOCIAUX : MAINTENIR LES BONNES PRATIQUES DANS LES CADRES DE PRISE EN CHARGE

« Un élément essentiel est l'ouverture du dialogue afin d'engager les efforts nécessaires pour couvrir les besoins légitimes des professionnels de première ligne au niveau de leur formation, de leur rémunération et de leurs perspectives de carrière... parce qu'une large part de leurs compétences professionnelles, ainsi que de nombreux aspects d'eux-mêmes en tant que personnes, ne sont pas valorisés, et parce qu'ils s'investissent sans limites. Ils donnent leur vie, souvent au prix de conséquences personnelles, en s'engageant sans compter. » (Citation d'un professionnel, phase d'évaluation, 2020)

INTRODUCTION

Le présent chapitre examine l'impact que les traumatismes des enfants peuvent avoir sur les personnes qui s'occupent d'eux et travaillent avec eux. Il explore l'impact potentiel des traumatismes sur les personnes qui assurent une prise en charge directe ainsi que sur celles qui ont des fonctions plus indirectes, par exemples les responsables d'équipes ou les coordinateurs. Nous y examinons ensuite quelques pistes visant à améliorer l'accompagnement des adultes occupant de tels postes.

8.1 L'impact des traumatismes sur les personnes qui travaillent avec des enfants

S'occuper d'enfants ayant subi des traumatismes et travailler avec eux est difficile et exige un fort niveau **d'implication personnelle et de connexion** pour établir et maintenir des relations. C'est la personne elle-même qui constitue l'outil fondamental qui peut aider les enfants sur la voie de la reconstruction : ce type de travail peut donc devenir **personnellement épuisant, voire accablant**. Les adultes qui s'impliquent avec empathie auprès des enfants peuvent parfois être affectés par ce qu'ils entendent, devenir incapables de répondre aux demandes placées sur leurs ressources émotionnelles et/ou ne pas se sentir en mesure d'établir un lien avec l'enfant dont ils s'occupent. Comme nous l'avons déjà évoqué dans les conseils pratiques, les relations sont des liens bilatéraux qui reposent sur la confiance et la réciprocité pour s'épanouir.

Selon la littérature scientifique, les adultes qui sont amenés à se sentir submergés par leur rapport au traumatisme peuvent être victimes de traumatismes indirects ou secondaires, ce qui, en fonction du rôle qu'ils doivent jouer auprès des enfants, peut les amener à un burn-out, une fatigue de compassion ou un blocage de l'empathie. Le blocage de l'empathie, qui se produit plus généralement dans le contexte de familles d'accueil ou d'adoption, survient lorsqu'un stress prolongé limite la capacité d'un adulte à entretenir des sentiments d'affection et d'empathie envers l'enfant dont ils ont la charge. Il s'agit là d'une

réponse instinctive de protection envers le traumatisme de l'enfant – celui-ci pouvant se présenter sous la forme de comportements de peur, de détresse et de dysrégulation émotionnelle – nous l'avons vu dans les chapitres précédents. Dans les situations de blocage de l'empathie, les intervenants sociaux ont tendance à devenir réactifs : ils réagissent au comportement de l'enfant plutôt qu'à son état mental (ses pensées, ses croyances, ses désirs, ses intentions etc.). Dans ce type de scénario, l'adulte peut être amené à se focaliser sur le « négatif » – ce qui peut conduire à un échec du placement si le problème n'est pas pris en charge.

Dans son travail auprès d'adultes ayant survécu à des violences sexuelles, Sandra Bloom (2003)²⁸ nous rappelle que nos réactions face aux traumatismes sont conditionnées par différents facteurs susceptibles de **nous rendre vulnérables** à d'éventuels traumatismes indirects ou secondaires :

- Histoire personnelle de traumatismes non résolus.
- Surmenage.
- Non-respect des limites saines et raisonnables.
- Surinvestissement.
- Manque d'expérience du travail en lien avec les traumatismes.
- Responsabilité de nombreux enfants victimes de traumatismes.

8.2 Problématiques spécifiques des adultes responsables en contact direct avec les enfants

Dans leur étude de 2016 sur la fatigue de compassion et les intervenants sociaux²⁹, Ottaway & Selwyn ont établi qu'en dépit du fait que les professionnels (travailleurs sociaux) et les intervenants sociaux partagent un certain nombre de problématiques, trois éléments indiquent **que les intervenants sociaux sont susceptibles d'être impactés différemment**. Ils ont constaté :

- L'absence, pour les intervenants sociaux, **d'un espace physique et émotionnel permettant de prendre le temps réfléchir et se ressourcer**.
- **Des niveaux de stress importants, difficiles à évacuer**, dans la mesure où les enfants sont pris en charge dans l'espace de vie des intervenants sociaux et des familles d'accueil.
- Les intervenants sociaux peuvent ressentir un sentiment d'isolement plus intense du fait de l'impact sur leur vie sociale de la complexité des vécus traumatiques des enfants.

Selon l'organisation de la prise en charge en famille d'accueil dans chaque pays, les ressources des intervenants sociaux peuvent également être mises à l'épreuve lorsqu'elles doivent régulièrement intégrer les besoins de nouveaux enfants.

28. Bloom, S. L. (2003.). Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Traumatization. (in press) In Sexual Assault, Victimization Across the Lifespan, edited by A. Giardino, E. Datner and J. Asher. Maryland Heights, MO: GW Medical Publishing (str. 459-470).

29. Ottaway, H., & Selwyn, J. (2016.). No-one told us it was going to be like this: compassion fatigue and foster caregivers. *Fostering Attachments Ltd.*

Bien que l'étude ait démontré **l'important impact négatif** potentiel de la fatigue de compassion sur le bien-être physique et psychologique des intervenants sociaux, sur la qualité de la prise en charge des enfants et sur la stabilité et la continuité des placements etc., **les intervenants sociaux bénéficient rarement d'un accompagnement susceptible d'en atténuer les effets.** De manière générale, les auteurs ont établi le fait que les intervenants sociaux ne considèrent pas que les professionnels qui les accompagnent **disposent d'une connaissance et d'une compréhension adéquate des problématiques,** ce qui tend à aggraver encore la fatigue de compassion.

Les auteurs établissent un certain nombre de recommandations visant à **améliorer le niveau et la qualité de l'accompagnement qui se doit d'être disponible pour les personnes en contact direct avec les enfants.** Celles-ci comprennent :

- Évoquer de manière claire et ouverte l'existence du phénomène de fatigue de compassion.
- Mettre en place des espaces sûrs où les intervenants sociaux peuvent sereinement réfléchir aux traumatismes subis par l'enfant, mais aussi par eux-mêmes, sans crainte du jugement ou de la sanction.
- Établir clairement le fait que les intervenants sociaux ont des compétences et une connaissance approfondie des enfants dont ils s'occupent.
- Proposer un ensemble d'outils d'accompagnement – individuel et en groupe, entraide entre pairs, accompagnement professionnel et supervision.
- Exprimer clairement la reconnaissance des efforts mis en œuvre par les intervenants sociaux.
- Proposer également un accompagnement aux autres membres de la famille.
- Repenser la notion de « répit », de sorte que les intervenants sociaux puissent « faire une pause » en fonction de leurs besoins, tout en préservant la centralité de la place des enfants.

8.3 Problématiques spécifiques des adultes responsables en contact indirect avec les enfants

Les adultes qui ne travaillent pas avec des enfants au quotidien mais qui les voient de manière régulière et ont la responsabilité de superviser ou de coordonner leur prise en charge peuvent eux aussi subir des traumatismes indirects ou secondaires. Dans ce type de cas, les traumatismes peuvent être liés à des facteurs divers, que l'environnement de travail est susceptible d'exacerber. Il peut par exemple s'agir d'être submergé par le vécu de l'enfant, de se trouver entraîné dans des problématiques familiales complexes et chaotiques, de subir l'activation d'un traumatisme latent, d'être envahi par un sentiment d'échec, de ne pas supporter le poids de certaines décisions, de l'intensité et de la charge de travail, etc. Parmi les indicateurs habituels de la présence de traumatismes indirects ou secondaires, on trouve :

- Le fait de ressentir de fortes émotions sous-jacentes de colère, de rage et de tristesse à propos des vécus traumatiques de l'enfant.
- Le fait d'être submergé par l'émotion en évoquant ou en gérant la prise en charge quotidienne.
- Une difficulté à placer des limites, en se laissant envahir par les vécus de l'enfant.
- Le fait de mettre en doute sa propre capacité à accomplir certaines tâches.
- Une perte d'espoir ou une augmentation du pessimisme ou du cynisme.

- La distanciation, l'anesthésie, le détachement ou l'évitement de situations.
- L'évitement par saturation de son emploi du temps.

En lien avec les améliorations suggérées précédemment, les conséquences des traumatismes indirects ou secondaires peuvent être évitées ou atténuées à plusieurs niveaux interdépendants. Quelques exemples :

- **Au niveau individuel**, les adultes peuvent être accompagnés pour : affronter et intégrer leurs propres vécus traumatiques ; appliquer des principes de compassion envers soi-même et pratiquer des activités de relaxation et d'auto-apaisement permettant de se stabiliser ; rester attentifs aux signes annonciateurs du stress ; instaurer des habitudes saines en matière d'activité physique, d'alimentation, de sommeil, etc. ; entretenir leur réseau de soutiens familiaux et amicaux.
- **La formation professionnelle** doit explorer les valeurs, approfondir les connaissances en matière de traumatismes, fournir des outils de réflexion et l'encourager, proposer aux apprenants des espaces leur permettant d'affronter et d'intégrer leurs propres vécus traumatiques.
- **Les environnements professionnels** doivent proposer un accompagnement et une supervision de manière régulière, des espaces/temps d'échanges avec les collègues, des formations professionnelles et des perspectives d'évolution, des attentes réalistes en matière de charge de travail, un accompagnement pour les professionnels débutants ; s'assurer que chacun prend effectivement ses congés annuels et respecte des horaires de travail sains ; garantir la disponibilité de services d'écoute et de thérapie.

8.4 Élaborer des réponses organisationnelles sensibles aux traumatismes

Une pratique sensible aux traumatismes ne doit pas se cantonner aux louables intentions de quelques professionnels désireux d'améliorer leur propre pratique ou d'établir des liens d'entraide et de réflexion mutualisées avec leurs pairs et collègues. Une pratique sensible aux traumatismes doit faire partie intégrante des systèmes, des politiques et des procédures, de sorte qu'elle fasse elle-même partie intégrante du travail au quotidien. Elle ne doit pas se résumer à être un « plus » adopté par quelques professionnels motivés. Comme l'a souligné la récente évaluation du système de prise en charge en Écosse : « Les professionnels ont besoin d'être accompagnés, ils ont besoin de temps et d'attention pour développer et entretenir des relations. L'Écosse se doit de prendre par la main celles et ceux qui prennent les enfants par la main. »³⁰

Dans le cadre de ce projet, un plan de développement organisationnel sera établi, afin d'aider les organisations à réfléchir aux actions envisageables pour favoriser des pratiques sensibles aux traumatismes. Pour ce qui concerne l'accompagnement que nous pouvons offrir aux intervenants sociaux, nous devons rester attentifs à un certain nombre d'éléments fondamentaux :

- Nous devons tenir compte de l'existence des traumatismes indirects ou secondaires et adopter des pratiques destinées à atténuer activement leur impact.
- En plus de l'impact individuel sur les personnes qui s'occupent d'enfants et travaillent avec eux, nous devons considérer les traumatismes indirects ou secondaires comme un mécanisme susceptible de provoquer une répétition traumatique chez les enfants.


³⁰. The Promise, Independent Care Review, Škotska, 2020., stranica 20.

De ce simple fait, la prise en charge des traumatismes indirects ou secondaires doit constituer une véritable priorité.

- Nous devons élaborer des pratiques (travail multidisciplinaire, espace/temps régulier de supervision/réflexion, opportunités d'échanges avec les collègues, etc.) qui répondent activement à la nature complexe du traumatisme, tout en favorisant la cohésion et la formation, et en décourageant les comportements stigmatisants.
- Les organisations doivent mettre en place des systèmes d'échanges d'informations efficaces entre les professionnels/intervenants sociaux qui sont en première ligne et le personnel encadrant, de sorte que la prise de décision organisationnelle se fonde sur les problématiques concrètes vécues par les enfants.



Éléments à prendre en compte

En repensant au placement d'un enfant interrompu prématurément, utilisez les informations suivantes pour réévaluer l'impact éventuel des questions de « blocage de l'empathie » sur l'interruption du placement ? Chez l'adulte responsable, avez-vous constaté ou perçu :

- Une attitude défensive de protection contre le rejet ?
- Une impression constante d'être dépassé par la situation ou démotivé ?
- Une prise en charge concrète de l'enfant, mais une incapacité à envisager les significations sous-jacentes de ses comportements ?
- Le blocage de la relation enfant/adulte, du fait de l'incapacité de l'adulte à rester ouvert et curieux ?
- Des indicateurs de stress au sein de sa famille élargie ?
- Un isolement vis-à-vis de son réseau amical et familial ?
- Une incapacité à se saisir de l'accompagnement et du soutien proposés ?
- Une incapacité à ressentir de l'empathie ou un désir de protection envers l'enfant, suivie par une culpabilisation ?

Avec ce que vous savez à présent des traumatismes indirects ou secondaires, dans quelle mesure pourriez-vous réagir différemment face à une situation similaire, à l'avenir ?

Ne pas oublier

- Lorsque nous envisageons l'impact que peut avoir un traumatisme sur la vie d'un enfant, il n'est pas réaliste de supposer que les personnes qui s'occupent d'enfants seront capables de répondre à leurs besoins si elles ne bénéficient pas d'un véritable accompagnement thérapeutique. Nous devons reconnaître l'existence des traumatismes indirects ou secondaires et élaborer des pratiques pour atténuer ou prévenir leurs effets.
- Les sentiments de honte, de culpabilité et d'isolement ressentis par les enfants qui ont subi des traumatismes peuvent avoir des effets en cascade dans les réseaux de prise en charge qui se mettent en place autour d'eux. Il n'est pas surprenant que les personnes les plus proches de la mise en œuvre ou de la coordination de la prise en charge des enfants déclenchent leurs propres mécanismes de défense pour tenter d'atténuer l'impact du traumatisme indirect.
- Nous devons écouter et agir en fonction du vécu des personnes qui s'occupent des enfants et travaillent avec eux, afin que la qualité de la prise en charge et des décisions concernant la vie des enfants reste constamment optimale.
- Les activités d'apprentissage et de développement des compétences ne doivent pas se cantonner aux périodes de formation au sens strict, en s'orientant vers des méthodologies mixtes qui incluent également un accompagnement et un retour d'information régulier.
- Nous devons mettre en place une pratique pluridisciplinaire visant à accompagner ceux qui travaillent directement avec les enfants ou qui ont des responsabilités essentielles dans la gestion ou la coordination de leur prise en charge.







Annexe

ANNEXE 1

GLOSSAIRE DES TERMES ESSENTIELS

TERME/ EXPRESSION	SIGNIFICATION
Ajustement de la prise en charge (« attuned care »)	Capacité des personnes qui s'occupent d'un enfant à se mettre à l'écoute de ses émotions, de ses désirs et de ses intérêts, ainsi qu'à reconnaître son « sens de l'agentivité », de sorte à adapter leurs propres états émotionnels et leur attention dans le but de répondre à l'état mental et émotionnel de l'enfant.
Approche écosystémique	Approche impliquant une compréhension du fait que de multiples éléments influencent le développement des enfants, par exemple la relation avec les autres, les éléments qui les affectent dans leur environnement, etc.
Approche holistique	Une approche holistique consiste à fournir un soutien qui prend en compte la personne dans son ensemble, et pas seulement un aspect particulier. Ce soutien doit tenir compte de son bien-être physique, émotionnel, social et spirituel, mais aussi de son environnement au sens large.
Atténuation	Tentative de résorber la sévérité, la gravité ou la douleur d'un traumatisme.
Auto-apaisement	Comportement adopté par une personne pour réguler elle-même son état émotionnel.
Blocage de l'empathie / « Blocked care »	Le blocage de l'empathie (« blocked care ») se produit lorsqu'une réaction de protection vis-à-vis du traumatisme d'un enfant réduit la capacité de l'adulte donneur de soins (figure d'attachement) à entretenir des sentiments d'amour et d'empathie envers lui.
Catégories de diagnostic clinique	Modèle utilisé par les cliniciens pour organiser leur réflexion sur les différents types de troubles mentaux. Deux systèmes sont généralement utilisés : Le DSM-5 (États-Unis) et la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé).
Clivage (du Moi)	Stratégie de survie de l'enfant consistant à « refouler » les souvenirs, les sensations physiques et les émotions douloureuses dans le subconscient afin de pouvoir continuer à satisfaire ses besoins fondamentaux.

Confiance épistémique	Confiance se développant avec les premières relations d'attachement de l'enfant et l'aidant à comprendre que les problèmes peuvent être gérés par la connexion avec les autres, dans un contexte social.
Co-régulation	Régulation réciproque des émotions entre l'enfant et le donneur de soins. Ce modèle de soins cohérents et répétitifs, dans lequel le parent accueille l'état émotionnel du bébé et y réagit par le biais du ton de la voix, de l'expression du visage, du toucher et du geste, aide l'enfant, au fil du temps, à apprendre que les états émotionnels sont temporaires, ont des noms et peuvent être gérés.
Cortisol	L'une des hormones que nous produisons pour aider notre corps à fonctionner, par exemple en régulant notre réponse immunitaire. Elle joue également un rôle très important en aidant le corps à réagir au stress.
Création de sens	Processus par lequel les personnes comprennent et donnent un sens aux événements de leur vie, à leurs relations, etc.
Cycle rupture-réparation	Dimension importante de l'établissement avec les enfants de relations bienveillantes et régulatrices par les personnes qui s'occupent d'eux.
Déclencheur	Sensation ou stimulus inconscient (par exemple une odeur, un ton de voix, un sentiment de honte ou d'humiliation, etc.) qui active la mémoire traumatique de la personne et affecte considérablement son état émotionnel, provoquant souvent détresse extrême ou accablement.
Développement cognitif	Développement des réseaux et des connexions du cerveau depuis les structures « primaires » qui assurent les fonctions telles que la respiration, le battement du cœur et la régulation de la température corporelle, jusqu'aux structures « supérieures » qui permettent de prendre en charge les fonctions complexes telles que le langage et la pensée abstraite.
Dimensions du développement	Différentes composantes du développement de l'enfant : physique, émotionnel, cognitif, sexuel, spirituel, etc.
Dissociation	Déconnexion entre les sentiments, les expériences et les pensées d'un enfant.
Enfants	La Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant définit un enfant comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Pour l'OMS, les jeunes personnes sont les personnes âgées de 10 à 24 ans. Ceci étant dit, pour faciliter la lecture de ce guide pratique, nous utilisons le terme « enfant » comme terme générique incluant l'ensemble des enfants, jeunes et jeunes adultes, âgés de 0 à 24 ans, qui vivent ou ont vécu dans des services d'hébergement agréés.

Épigénétique	Discipline de la biologie qui étudie la nature des mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible (lors des divisions cellulaires) et adaptative l'expression des gènes, sans modifier l'ADN.
État d'hyper vigilance	État d'exacerbation et d'intensification de la sensibilité, de l'énergie et de la vigilance entraînant une réduction des capacités à résoudre les problèmes et à utiliser des stratégies d'auto-apaisement.
État dépressif	État d'épuisement, de dépression et de déconnexion, avec anesthésie émotionnelle.
État de stress aigu / Traumatisme de type I	Traumatisme survenant à la suite d'un évènement unique, isolé, inattendu et provoquant une détresse considérable. Par exemple, un accident de voiture, un attentat terroriste.
Étayage (Leo Vygotsky)	Concept désignant les processus par lesquels les enfants, avec l'aide et les conseils d'adultes bienveillants, peuvent acquérir de nouvelles compétences et connaissances dont ils ne disposaient pas auparavant.
Expériences négatives dans l'enfance	Les expériences négatives dans l'enfance (Adverse Childhood Experiences – ADE) sont les événements traumatisants vécus par les enfants. Il s'agit des événements ou des situations traumatisantes vécues au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence. Il peut s'agir d'un événement unique, ou de menaces prolongées envers la sécurité, la sûreté ou l'intégrité corporelle d'un enfant ou d'un adolescent. De tels vécus nécessitent des adaptations sociales, émotionnelles, neurobiologiques, psychologiques et comportementales importantes pour survivre. (Référence : Young Minds, 2019)
Fatigue de compassion	La fatigue de compassion se produit lorsque les donneurs de soins souffrent d'un épuisement physique et psychique donnant lieu à une répression émotionnelle liée au fait d'être dépassés par le fait de s'occuper pendant une période prolongée d'enfants ayant des antécédents de traumatisme.
Fenêtre de tolérance (Dan Siegel)	Métaphore illustrant la manière dont les gens gèrent le stress en général, et plus particulièrement dans le contexte d'un traumatisme. Cette expression est également utilisée pour décrire le niveau de vigilance optimal permettant à une personne de fonctionner le plus efficacement possible.
Fonctionnement adaptatif / Comportements adaptatifs	Compétences sociales, émotionnelles et pratiques développées par une personne pour arriver à faire face à son expérience traumatique, voire à y survivre. Les comportements adaptatifs peuvent être utiles à court terme mais peuvent créer des difficultés à long terme.

Histoire de vie	Méthode psychosociale permettant d'aider les enfants à rassembler des informations sur leur passé au moyen de leurs pensées, de leurs sentiments et de leurs souvenirs, dans le but de créer de nouvelles compréhensions et de nouveaux récits sur leur vie actuelle et leurs espoirs pour l'avenir.
Infractions par commission et par omission	Actes intrusifs dommageables tels que les abus (infractions par commission) ou absence de sécurité et de prise en charge (infractions par omission ou négligence).
Mentalisation	Concept postulant que la capacité d'une figure d'attachement principale à réagir avec justesse aux pensées, croyances, désirs, intentions, etc. des enfants dont elle prend soin aide ces derniers à organiser leurs états mentaux, à comprendre les autres et à développer un sentiment de confiance et d'appartenance.
Modèle contenant-contenu (Wilfred Bion)	Comportements par lesquels les figures d'attachement montrent qu'elles reconnaissent les émotions fortes d'un enfant ou d'un jeune adulte et qu'elles y réagissent de manière calme et contrôlée.
Modèle de psychothérapie développementale dyadique (DDP - Dyadic Developmental Psychotherapy)	Modèle visant à permettre aux enfants qui ont subi un traumatisme relationnel de bénéficier de nouvelles expériences relationnelles.
Modèle écosystémique de Bronfenbrenner	Modèle comportant un cadre où six niveaux de systèmes interagissent entre eux et influencent le développement et les potentialités des enfants. On parle aussi de « modèle écologique du développement humain ». Il peut s'agir des relations avec les autres, de la façon dont les services sont organisés, des conditions socio-économiques, etc.
Neuroception	Terme forgé par Stephen Porges pour décrire l'état subconscient du corps consistant à rester attentif aux signaux de sécurité et de danger.
Neuroplasticité	Capacité du cerveau à créer de nouvelles connexions neuronales en réponse à de nouvelles expériences.
Orientation mentale	Application pratique de l'ajustement de la prise en charge, où la personne qui s'occupe de l'enfant le considère comme un individu à part entière, disposant de ses propres pensées, sentiments et désirs.

Personnes qui s'occupent ou travaillent avec...	Expression destinée à englober l'ensemble des adultes qui s'occupent directement et quotidiennement d'enfants dans le cadre de services d'hébergement agréés (intervenant sociaux, personnel des lieux d'hébergement, membres de la famille SOS, etc.) ou fournissent des services à des enfants et/ou sont responsables de la gestion ou de la coordination de leurs soins (travailleurs sociaux, pédagogues sociaux, psychologues, etc.)
Pouvoir interpersonnel	Ascendant d'une personne sur une autre. Exemples : pouvoir de s'occuper/ne pas s'occuper de ou de protéger/ne pas protéger une autre personne, d'abandonner/quitter, de donner/retirer l'affection.
Pratiques réparatrices	Pratiques de prise en charge et de soin permettant de proposer des expériences nouvelles et/ou réparatrices aux enfants ayant subi un traumatisme précoce.
Pyramide des besoins (Kim Golding)	Division hiérarchisée des éléments de la relation de prise en charge qui sont nécessaires pour répondre aux traumatismes des enfants et des jeunes adultes.
Réactions de combat, de fuite et d'inhibition/figement	Réponses réflexes de protection du corps se produisant lorsqu'une personne est confrontée à une menace perçue.
Régulation émotionnelle	Capacité d'une personne à contrôler son propre état émotionnel.
Régulation vagale	Capacité de la voie vagale ventrale à réguler le rythme cardiaque et la respiration, ce qui permet au corps de passer d'un état de stress à un état de calme.
Relations protectrices	Relations de prise en charge, de soin et d'attachement jouant un rôle protecteur dans le cadre du développement de l'enfant.
Répétition traumatique	Rappel conscient ou inconscient d'un traumatisme antérieur entraînant une nouvelle expérience de l'événement traumatique initial.
Santé publique	Approche visant à comprendre la santé des personnes en examinant non pas les individus, mais la santé et le bien-être général de la population dans son ensemble.
Sens de l'agentivité	Dimension essentielle du développement de l'enfant, liée à sa capacité à considérer ses actes comme ayant un sens et une valeur.

Services d'hébergement agréés par l'aide à la jeunesse	Lieux de prise en charge dans un environnement familial ordonnée par un organe administratif ou une autorité judiciaire compétente, et toute forme de prise en charge assurée dans un environnement résidentiel, y compris dans des établissements privés, que ce soit ou non à la suite de mesures administratives ou judiciaires.
Signaux de sécurité	Signaux perçus inconsciemment par le système nerveux autonome d'un enfant, qui déterminent qu'il se trouve dans un environnement sûr. Exemples : une posture chaleureuse et non menaçante, des expressions du visage douces, un ton de voix apaisant.
Syndrome d'épuisement professionnel	Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout, survient lorsqu'une personne subit des niveaux de stress élevés pendant une période prolongée, ce qui entraîne un épuisement et des effets négatifs sur le bien-être psychologique et la santé.
Système limbique	Ensemble des structures du cerveau jouant un rôle essentiel dans le traitement des émotions et de la mémoire. Il s'agit de la partie du cerveau impliquée dans nos réponses comportementales et émotionnelles, notamment pour les comportements nécessaires à la survie.
Système nerveux autonome	Système du corps humain régulant les fonctions corporelles et interprétant les signaux de protection et de danger. C'est ce système qui est responsable des réactions de combat, de fuite et d'inhibition/figement.
Système sympathique	Composante du système nerveux autonome responsable des réactions de « combat » ou de « fuite ».
Théorie de l'attachement (John Bowlby)	Théorie dont le principe est que pour connaître un développement social et émotionnel normal, un jeune enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue (figure d'attachement) ; cette/ces relation(s) ser(ven)t également de base à l'exploration du monde extérieur, dans la mesure où l'enfant sait qu'il peut trouver du réconfort et un refuge auprès de cette ou de ces personne(s) dans les moments de détresse.
Théorie de la vulnérabilité latente (Eamon McCrory)	Théorie démontrant comment les abus et les mauvais traitements subis dans l'enfance affectent la représentation que les enfants ont d'eux-mêmes et des autres, et jettent ainsi potentiellement les bases d'une vulnérabilité future à la maladie mentale.

Théorie polyvagale (Stephen Porges)	Théorie neurologique soulignant l'importance du système nerveux autonome sur les causes et les modalités de réaction du corps à la menace.
Traumatisme/ Trauma	Il existe de nombreuses manières de définir le traumatisme, mais l'une des définitions les plus répandues est la suivante : « événement unique, événements multiples ou ensemble de circonstances vécus par un individu comme physiquement et émotionnellement dommageables ou menaçants et dont les effets négatifs sur son bien-être physique, social et émotionnel sont durables ». (Référence : SAMHSA, 2014)
Traumatisme complexe / Trauma complexe	Traumatisme résultant d'expériences traumatiques répétées et prolongées, en particulier dans le contexte des relations au cours des années de développement. Exemples : exposition à des violences domestiques, à des négligences ou à des abus sexuels.
Traumatisme du développement	Expression parfois utilisée à la place de « traumatisme complexe ». Le traumatisme du développement est chronique et répété, pendant l'enfance, dans le contexte des relations de l'enfant.
Traumatisme intergénérationnel, traumatisme psychogénéalogique ou traumatisme ancestral	Traumatisme se transmettant de génération en génération, susceptible d'être vécu au niveau individuel et en contexte de socialisation. Les traumatismes peuvent se transmettre génétiquement, par les comportements et par des discriminations non résolues.
Traumatisme relationnel	Traumatisme survenant dans le contexte des relations importantes d'un enfant.
Traumatisme vicariant, ou traumatisme secondaire	Traumatisme indirect se produisant lorsqu'une personne est bouleversée par les expériences traumatiques d'une autre personne.
Voie vagale dorsale	Composante du système nerveux autonome responsable de la réaction d'inhibition/figement.
Voie vagale ventrale, ou système d'engagement social	Partie du système nerveux autonome guidant nos connexions avec les autres.

ANNEXE 2

SITES WEB UTILES

Cette section propose les coordonnées de certains sites Web utiles contenant des ressources et informations susceptibles de vous être utiles si vous souhaitez explorer certains des sujets de manière plus approfondie.

1. [Centre of the Developing Child – Harvard University](https://developingchild.harvard.edu/)
<https://developingchild.harvard.edu/>
2. [Anna Freud National Centre for Children & Families](https://www.annafreud.org/)
<https://www.annafreud.org/>
3. [NHS Education for Scotland \(NES\)](https://www.nes.scot.nhs.uk/our-work/trauma-national-trauma-training-programme/)
<https://www.nes.scot.nhs.uk/our-work/trauma-national-trauma-training-programme/>
4. [UK Trauma Council](https://uktraumacouncil.org/)
<https://uktraumacouncil.org/>
5. [National Child Traumatic Stress Network](https://www.nctsn.org/)
<https://www.nctsn.org/>
6. [Substance Abuse & Mental Health Services Administration](https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884?referer=from_search_result)
https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884?referer=from_search_result
7. [ACEs Connections – Limitations and misuses of ACE scores](https://www.acesconnection.com/resource/inside-the-ace-score-strengths-limitations-and-misapplications-with-dr-robert-anda-23-min-ace-interface?nc=1)
<https://www.acesconnection.com/resource/inside-the-ace-score-strengths-limitations-and-misapplications-with-dr-robert-anda-23-min-ace-interface?nc=1>
8. [Dyadic Developmental Psychotherapy \(DDP\) Network \(UK\)](https://ddpnetwork.org/about-ddp/meant-pace/)
<https://ddpnetwork.org/about-ddp/meant-pace/>
9. [Jigsaw – Young people’s health in mind \(Ireland\)](https://www.jigsaw.ie/)
<https://www.jigsaw.ie/>
10. [Trauma Recovery Centre - Betsy de Thierry \(UK\)](https://www.trc-uk.org/)
<https://www.trc-uk.org/>
11. [AMBIT – Theory and practices of mentalisation \(UK\)](https://manuals.annafreud.org/ambit/)
<https://manuals.annafreud.org/ambit/>
12. [The Power, Threat, Meaning Framework – Lucy Johnstone \(Clinical Psychologist\) \(UK\)](https://www.youtube.com/watch?v=tkNWQdVB4FO)
<https://www.youtube.com/watch?v=tkNWQdVB4FO>
13. [Independent Care Review, Scotland \(UK\)](https://www.caregivereview.scot/)
<https://www.caregivereview.scot/>

ANNEXE 3

RESSOURCES : IDÉES/OUTILS POUR SUSCITER LA CONNEXION ET LA RÉGULATION

Les suggestions suivantes peuvent être utilisées par les enfants ou par les personnes qui s'occupent d'eux.

- a) Exercice de respiration en pleine conscience – NHS – Every Mind Matters (en anglais)
<https://www.youtube.com/watch?v=wfdTp2GogaQ&app=desktop>
- b) Santé mentale et autoprotection des jeunes – NHS – Every Mind Matters (en anglais)
<https://www.nhs.uk/oneyou/every-mind-matters/youth-mental-health/>
- c) Pratique de pleine conscience – Professeur Mark Williams – The Mental Health Foundation (en anglais)
<https://www.mentalhealth.org.uk/podcasts-and-videos/mindfulness-10-minute-practice-exercise>
- d) Techniques de pleine conscience pour enfants et jeunes – Stan Godek (en anglais)
<https://www.stangodek.com/order/>
- e) Outils et idées pour prendre soin de soi – Anna Freud National Centre for Children & Families (en anglais)
<https://www.annafreud.org/on-my-mind/self-care/>
- f) « I'm more than my mental health » – Anna Freud National Centre for Children & Families (en anglais)
<https://youtu.be/-HGNmwao7m8>
- g) Chorégraphie et chanson – flash mob des jeunes pour la semaine de la santé mentale NHS UK Mental Health Week 2014 (en anglais)
<https://youtu.be/Q3OFbq9IZCU>
- h) Outils pour prendre soin de soi – Anna Freud National Centre for Children & Families (en anglais)
<https://www.annafreud.org/schools-and-colleges/resources/>
<https://www.annafreud.org/media/12101/final-selfcaresummer-secondary.pdf>
<https://www.annafreud.org/media/12113/final-selfcaresummer-primary.pdf>
- i) Guides multilingues pour accompagner les populations frappées par des épisodes de violence ou des catastrophes naturelles – The Child Mind Institute
<https://childmind.org/our-impact/trauma-response/guides/>
- j) Papyrus – Création d'une boîte d'espérance (en anglais)
<https://www.papyrus-uk.org/wp-content/uploads/2018/09/Hope-box.pdf>
- k) Idées et outils gratuits à utiliser avec des enfants de tous âges – The Social Worker's Toolbox (en anglais)
<http://www.socialworkerstoolbox.com/>
- l) Pyramide des besoins et matrice d'évaluation de Kim Golding (en anglais)
<https://kimsgolding.co.uk/backend/wp-content/uploads/2016/02/Pyramid-plus-matrix.pdf>
- m) Des enfants parlent de leurs vécus traumatiques et racontent comment ils ont été aidés, afin de développer de l'espoir pour l'avenir. (en anglais).
<https://www.nspcc.org.uk/what-is-child-abuse/childrens-stories/>

- n) Création d'une boîte à sentiments (en anglais) - <https://www.lifelessonsforlittleones.com/feeling-box/>
- o) L'importance de la création de frises de vie pour les enfants bénéficiant d'une prise en charge (en anglais) <https://www.celcis.org/knowledge-bank/search-bank/blog/2017/02/children-can-easily-become-lost-system-timeline-can-help-you-see-them/>

UN EXEMPLE DE CRÉATION D'UN JEU POUR « NOMMER LES SENTIMENTS »

Le fait de nommer ses propres ressentis peut être particulièrement difficile pour les enfants ayant subi des traumatismes. Ce jeu aide les enfants à nommer leurs ressentis, à reconnaître comment les sentiments affectent leurs actions, comment les expressions du visage varient en fonction des émotions spécifiques. Il les encourage à parler de leurs ressentis. Lorsque des adultes jouent à ce jeu avec des enfants, ils peuvent leur servir de modèles pour exprimer leurs émotions et les gérer. Le nombre idéal de joueurs se situe entre 3 et 8, quels que soient leurs âges, à condition qu'ils sachent lire ou que quelqu'un puisse leur faire la lecture.

MATÉRIEL: Du papier et un crayon pour chaque joueur

POUR JOUER :

1. Commencez par dresser une liste de 5 à 8 sentiments (leur nombre doit être au moins égal au nombre de joueurs). Voici quelques exemples : joie, colère, tristesse, surprise, amusement/rire, peur, confusion, dégoût, amour. Pour commencer, vous pouvez choisir les sentiments les plus élémentaires, et ajouter des sentiments plus complexes ou difficiles au fur et à mesure. Vous pouvez également laisser la liste des sentiments sur la table, à la vue de tous les joueurs, pour faciliter les choses.
2. Écrivez chaque sentiment sur un petit morceau de papier distinct et pliez le papier, de sorte que personne ne puisse le lire. Mélangez les papiers pliés sur la table devant les joueurs ou dans un récipient.
3. Chaque joueur prend une feuille pliée et lit le sentiment qui y est écrit, sans le révéler aux autres joueurs. Puis, un par un, dans le sens des aiguilles d'une montre, chaque participant décrit aux autres joueurs le sentiment qu'il a tiré, sans le nommer. Les autres joueurs doivent deviner le sentiment. La manière de décrire chaque sentiment diffère à chaque tour. Après chaque tour, repliez les papiers, mélangez-les et prenez-en chacun un nouveau

TOUR 1 – Les joueurs décrivent à l'oral le sentiment inscrit sur leur carte sans le nommer (par exemple : « Quand on ressent ça, normalement on crie et on part en courant »).

TOUR 2 – Les joueurs expliquent le sentiment inscrit sur leur carte en le mimant, sans utiliser de mots (par exemple, en mimant l'expression du visage ou en adoptant le comportement qui représente le mieux le sentiment).

TOUR 3 – Les joueurs expliquent le sentiment inscrit sur leur carte en le dessinant sur une feuille blanche et en montrant le dessin aux autres participants, sans utiliser de mots (par exemple en dessinant un emoji ou une situation représentant le sentiment).

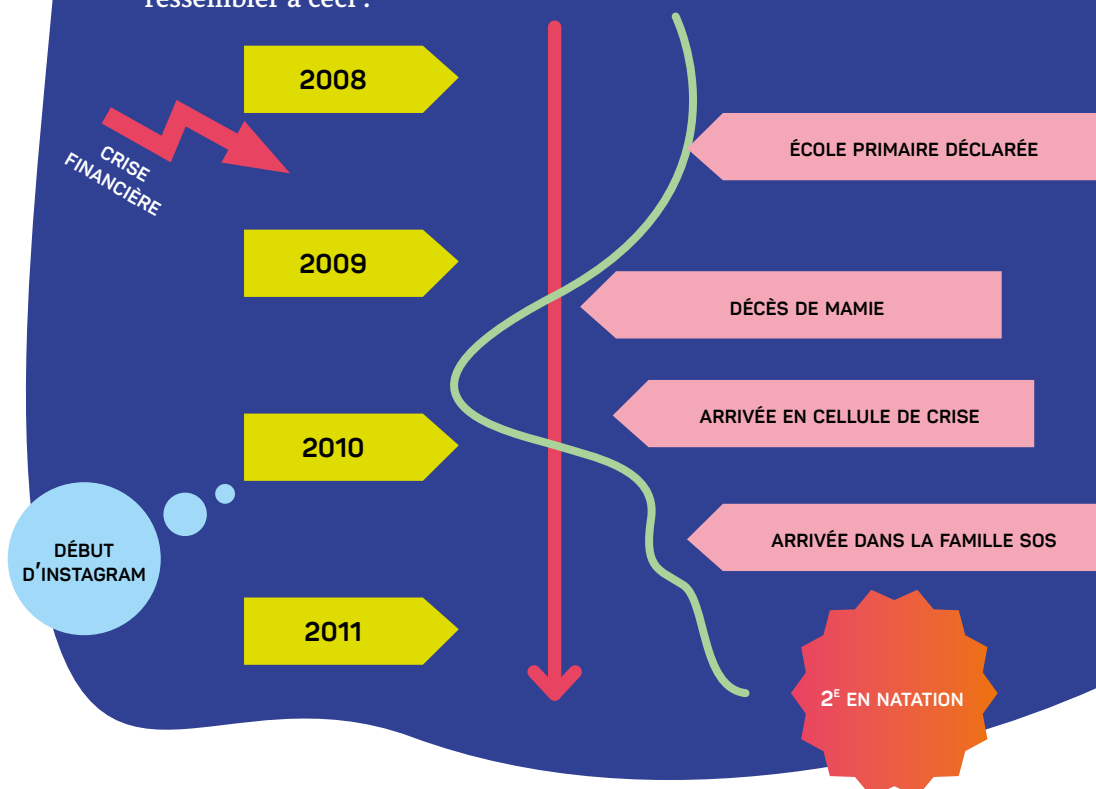
TOUR 4 – Les joueurs expliquent le sentiment écrit sur leur feuille en nommant une situation dans laquelle ils l'ont ressenti (par exemple : « je me suis senti comme ça quand j'ai raté mon contrôle d'histoire »)

UN EXEMPLE DE CRÉATION D'UNE « FRISE DE VIE » POUR COMPRENDRE LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

Le processus de la frise de vie aide l'enfant ou le jeune à identifier et à décrire les événements importants de sa vie, par ordre chronologique. Cette activité doit être réalisée sur au moins 4 séances, et un temps doit être prévu à la fin de chaque séance pour une réflexion sur les sentiments.

1. Tracez une ligne droite verticale sur une grande feuille.
2. Divisez la ligne en segments égaux représentant chaque année de la vie de l'enfant.
3. Inscrivez les événements importants de la vie de l'enfant sur de petites cartes (par exemple, la naissance, les étapes du développement telles que le fait de commencer à marcher et à parler, l'inscription à la maternelle et à l'école primaire, le déménagement, le placement, les changements d'affectation, la naissance ou le décès de membres de la famille, les rencontres avec des personnes importantes, les vacances, les accomplissements spéciaux, les problèmes de santé ou les blessures, le début des activités de loisir, etc.) Vous pouvez également utiliser des symboles à la place des mots.
4. Placez les cartes sur la frise de vie, dans le segment où elles se sont produites.
5. S'il manque des informations dans certains segments, vous pouvez les rechercher ou essayer de généraliser (par exemple, les enfants commencent normalement à marcher vers l'âge d'un an).
6. Vous pouvez rechercher des événements publics intéressants qui se sont produits au cours des différentes années de la vie de l'enfant et les intégrer à la frise. Ils peuvent servir de faits intéressants et ludiques, ou, si vous trouvez des événements susceptibles d'avoir une importance pour le groupe social dans lequel l'enfant a vécu (par exemple, une crise financière), ils peuvent être pertinents pour l'aider à comprendre le contexte des événements de sa vie.
7. Les enfants plus âgés peuvent dessiner une courbe de leur niveau de bien-être au fil du temps. Si la courbe est dessinée à droite de la frise, cela signifie que la période de vie était généralement positive, si elle est à gauche, elle était surtout négative.

Donnez à l'enfant l'occasion de réfléchir à sa frise de vie, à ce qu'il pense ou ressent en la regardant. Une fois réalisée, la frise de vie peut par exemple ressembler à ceci :



UN EXEMPLE DE CRÉATION D'UNE BOÎTE À SENTIMENTS

1. Choisissez une boîte, décorez-la avec des images, des dessins et nommez-la avec le nom du sentiment que l'enfant a choisi (colère, tristesse, anxiété, etc.).
2. Discutez de quelques exemples de stratégies qui peuvent aider l'enfant à gérer ce sentiment. Vous pouvez faire un brainstorming ensemble, demander à d'autres enfants, à d'autres jeunes, à la famille biologique ou à d'autres adultes de vous aider à trouver des idées, ou encore faire des recherches sur Internet.
3. Placez dans la boîte des objets qui sont directement nécessaires à la gestion des sentiments (par exemple, un plaid ou un animal en peluche à câliner, une balle anti-stress, des bouteilles vides que l'enfant peut frapper l'une contre l'autre ou écraser lorsqu'il est en colère, ses bonbons préférés, un CD particulier ou une bande dessinée préférée, un journal intime et des stylos, etc.)
4. Ajoutez une liste ou d'autres types d'aide-mémoires, par exemple des cartes illustrées, des actions qui peuvent aider l'enfant à gérer ce sentiment. Essayez de trouver au moins un aide-mémoire dans chaque domaine
 - Exprimer ses émotions (pleurer, crier, parler, écrire un journal intime, peindre, jouer de la musique, jouer du tambour).
 - Activités apaisantes et relaxantes (regarder un film, lire un livre, écouter de la musique, prendre un bain, méditer, se détendre, dormir, prier, être seul-e, bricoler, cuisiner et manger quelque chose que l'on aime, demander un massage à quelqu'un que l'on apprécie).
 - Activation et mouvement (faire une promenade, courir autour de la maison, faire du vélo, tirer contre un mur avec un ballon de football, faire de l'exercice, aller dans une salle de sport, remuer dans tous les sens, danser ou sauter).
 - Chercher le contact et le soutien (parler à un ami/adulte proche, demander un câlin, essayer de résoudre la situation qui nous fait nous sentir ainsi, faire arrêter la personne qui nous fait du mal ou nous fait nous sentir mal, demander de l'aide, appeler une ligne d'assistance anonyme, faire un câlin à un animal de compagnie, parler à un psychologue, appeler la police, etc.) Vous pouvez établir une liste des personnes de confiance et des moyens de les contacter.
 - Vous pouvez organiser ces idées de manière à ce que l'enfant choisisse une stratégie au hasard (par exemple, écrivez-les sur les faces d'un dé, ou mettez-les sur des petits papiers dans une enveloppe pour que l'enfant puisse en tirer une au hasard).
5. Incluez des ressources qui peuvent aider l'enfant dans les moments de détresse (par exemple, des photos de famille – idéalement des copies plastifiées, car elles peuvent facilement être déchirées sous l'effet de la colère. Des collages de rêves, d'objectifs et de lieux où l'enfant veut aller. Des images ou une histoire sur un événement positif de la vie, une affirmation – par exemple : « L'arc-en-ciel vient après la pluie ». Une lettre d'encouragement écrite par la famille de l'enfant ou par la personne qui s'occupe de lui. Des images et des histoires sur les héros de l'enfant, un arbre de vie, etc.)
6. Si l'enfant utilise déjà certaines techniques pour gérer ses émotions, placez des rappels de ces techniques dans la boîte à sentiments (créer des pensées positives, compter jusqu'à 10, télécommande, endroit sûr, techniques de relaxation, pleine conscience, etc.)

CONTRÔLER LE CADRE

Le modèle ci-dessous vous invite à examiner votre cadre de prise en charge, qu'il s'agisse d'une famille ou d'un établissement officiel. Soyez aussi honnête que possible lorsque vous réfléchissez aux questions. Identifiez les domaines que vous pensez pouvoir améliorer et choisissez-en un pour l'analyser plus en profondeur. Décrivez COMMENT vous allez apporter cette amélioration et indiquez le délai sous lequel vous comptez la mettre en œuvre.

SOMMES-NOUS PRÊTS À METTRE EN ŒUVRE DES PRATIQUES SENSIBLES AUX TRAUMATISMES ?		
DANS NOTRE CADRE DE PRISE EN CHARGE	DANS NOTRE CADRE DE PRISE EN CHARGE	DANS NOTRE CADRE DE PRISE EN CHARGE
Que faisons-nous pour établir des relations de confiance et d'amour ?	Comment aidons-nous un enfant à sentir qu'il peut être aimé ?	Comment aidons-nous un enfant à communiquer efficacement ?
Que faisons-nous pour fournir une structure et de la cohérence ?	Comment aidons-nous les enfants à se sentir capables ?	Quelles possibilités donnons-nous aux enfants pour résoudre les problèmes ?
En quoi proposons-nous de bons modèles de comportement ?	Comment aidons-nous les enfants à se sentir fiers d'eux-mêmes ?	Que faisons-nous pour aider les enfants à apprendre à réguler leurs émotions ?
Comment nous assurons-nous du fait que notre environnement physique est apaisant et favorise un sentiment de sécurité ?	Comment aidons-nous les enfants à montrer de la compassion envers les autres ?	Quelles occasions donnons-nous aux enfants de comprendre le comportement des autres ?
Que faisons-nous pour garantir l'accès à la santé, à l'éducation et aux services sociaux ?	Comment aidons-nous les enfants à avoir de l'espoir et à faire confiance ?	Que faisons-nous pour aider l'enfant à avoir confiance ?
Que devons-nous mieux faire ?		
Choisissez une chose que vous aimeriez améliorer et indiquez COMMENT vous allez le faire.		
Notez votre calendrier pour la mise en place de cette amélioration.		

ANNEXE 4

LECTURES SUPPLÉMENTAIRES CONSEILLÉES

Bath, H. (2017). The trouble with trauma. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 16(1), 1-12.

Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2018). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. Guilford Publications.

Brennan, R et al. (2019). *Adversity and Trauma-Informed Practice: a short guide for professionals working on the frontline*. Young Minds publications.

DeJong, M. (2010). Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or “in care” child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 589-599.

de Thierry, B. (2016). *The Simple Guide to Child Trauma: What it is and how to Help*. Jessica Kingsley Publishers.

de Thierry, B. (2018). *The Simple Guide to Understanding Shame in Children: What it Is, what Helps and how to Prevent Further Stress Or Trauma*. Jessica Kingsley Publishers.

Emond, R., Steckley, L., & Roesch-Marsh, A. (2016). *A guide to therapeutic child care: What you need to know to create a healing home*. Jessica Kingsley Publishers.

Furnivall, J. (2011). *Attachment-informed practice with looked after children and young people*. Glasgow: Institute for Research and Innovation in Social Services.

Furnivall, J., & Grant, E. (2014). *Trauma sensitive practice with children in care*. *Iriss Insight*, 27.

Furnivall, J. (2017). *The power of the everyday: supporting children and young people's recovery and growth through attachment-informed and trauma-sensitive care*. *Foster* 3, 7-17.

Golding, K, Hudson, J, and Hughes, D. (2019) *Healing Relational Trauma with Attachment-Focused Interventions*. London: Norton.

Gray, D. et al (2017). *Innovative therapeutic life story work: developing trauma-informed practice for working with children, adolescents and young adults*. Jessica Kingsley Publishers.

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. Hachette UK.

Maté, G. (2011). *When the body says no: The cost of hidden stress*. Vintage Canada.

Midgley, N., & Vrouva, I. (Eds.) (2013). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge.

Ngigi, T.W. (2019). *Breaking the Cycle: The Role of Auntie Rosie in Childhood Trauma Informed Care*.

Rose, R. (2012). *Life story therapy with traumatized children: A model for practice*. Jessica Kingsley Publishers.

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 67-94.

Tarren-Sweeney, M. (2010). It's time to re-think mental health services for children in care, and those adopted from care. *Clinical child psychology and psychiatry*, 15(4), 613-626.

Assemblée générale des nations Unies (2009). Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants Résolution A/RES/64/142.

Van der Kolk, B. (2014). *Le Corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison*. Albin Michel.







**Safe
Places
Thriving
Children**