



FICHES DE PSYCHO

# Le traumatisme psychique chez l'enfant

12 fiches pour comprendre

*Blessure, souffrance, violence, traumatisme,  
famille, comprendre, traiter, soigner...*

Sous la direction de  
**Mathilde Laroche Joubert,**  
**Elisabetta Dozio et Marie Rose Moro**

• EDITIONS IN PRESS •

# **Le traumatisme psychique chez l'enfant**

## ÉDITIONS IN PRESS

74, boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

Tél. : 09 70 77 11 48

[www.inpress.fr](http://www.inpress.fr)

Collection dirigée par Lydia Fernandez, professeur en psychologie de la santé et du vieillissement, psychologue clinicienne, université Lyon 2, Institut de psychologie, département du PSED.

*LE TRAUMATISME PSYCHIQUE CHEZ L'ENFANT.*

ISBN : 978-2-84835-542-9

© 2019 ÉDITIONS IN PRESS

*Couverture : Lorraine Desgardin*

*Mise en pages : Lorraine Desgardin*

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (Loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

# Le traumatisme psychique chez l'enfant

Sous la direction de  
Mathilde Laroche Joubert, Elisabetta Dozio  
et Marie Rose Moro





## LES AUTEURS

**DR HÉLÈNE ASENSI**, psychiatre pour enfants et adolescents, formée à l'ethnopsychiatrie, consultante Médecins sans frontières, directrice médicale CMPP, attachée au CHU de Clermont-Ferrand.

**JUDITH AYOSSO**, psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique, thérapeute familiale, thérapeute principale de la consultation transculturelle, Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Jean-Verdier, Bondy.

**MARINE DA COSTA**, psychomotricienne, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne, Bobigny.

**ELISABETTA DOZIO**, psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique, référente en santé mentale et pratique de soins à Action Contre la Faim, chercheuse à l'Unité Inserm 1178, Université Paris Descartes, Université Paris-Sud, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

**Dr ÉLISE DRAIN**, pédopsychiatre, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne – Unité petite enfance, Bobigny, responsable de la psychiatrie de liaison périnatale, Maternité, Hôpital Jean-Verdier, Bondy.

**MARION FELDMAN**, professeure de psychopathologie psychanalytique, Université Paris Nanterre, EA4430 – A2P (Approches en psychopathologie psychanalytique), psychologue clinicienne.

**ESTELLE GIOAN**, psychologue clinicienne, consultation transculturelle du CHU de Bordeaux.

**BETTY GOGUIKIAN**, maître d'enseignement et de recherche, Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.

**DR CHRISTIAN LACHAL**, pédopsychiatre et psychanalyste, ancien consultant pour Médecins sans frontières, chargé de cours à l'université Paris 13.

**MATHILDE LAROCHE JOUBERT**, psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique, maître de conférence à l'Université Paris-Ouest Nanterre, Service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Hôpital Avicenne, Bobigny.

**ÉLÉONORE LAURIAT**, psychomotricienne, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Avicenne, Bobigny.

**MALIKA MANSOURI**, maître de conférences en psychologie clinique, Université Paris Descartes, Sorbonne-Paris-Cité, PCPP EA4056, psychologue clinicienne en protection de l'enfance.

**DR CLAIRE MESTRE**, psychiatre-psychothérapeute et anthropologue, consultation transculturelle du CHU de Bordeaux, co-organisatrice du DU Médecines et soins transculturels, Université de Bordeaux.

**DR SEVAN MINASSIAN**, pédopsychiatre, Maison de Solenn, Maison des adolescents de Cochin, AP-HP, Université Paris Descartes, Paris, CESP, Inserm U1178.

**PR MARIE ROSE MORO**, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Paris Descartes ([www.marierosemoro.fr](http://www.marierosemoro.fr)); chef de service de la Maison de Solenn, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris ([www.maisondesolenn.fr](http://www.maisondesolenn.fr)); directrice de la revue transculturelle *L'autre* ([www.revue-lautre.com](http://www.revue-lautre.com)).

**DR RAHMETH RADJACK**, pédopsychiatre, Maison de Solenn, Maison des adolescents de Cochin, AP-HP, Université Paris Descartes, Paris, CESP, Inserm U1178.

**NATASCIA SERBANDINI**, psychologue clinicienne, Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Jean-Verdier, Bondy.

**FATIMA TOUHAMI**, psychologue clinicienne, Maison de Solenn, Maison des adolescents de Cochin, AP-HP, Université Paris Descartes, CESP, Inserm U1178.





# LE GOÛT DE LA VIE DU TRAUMA À LA RÉPARATION CHEZ LES PETITS

Marie Rose Moro

Ils ont été violentés par la vie, trop tôt, par un événement traumatique unique ou répété et gardent des blessures visibles ou, le plus souvent, invisibles. Comment aider ces bébés, ces enfants et ces adolescents à retrouver le goût de la vie ? Cet ouvrage montre de manière simple, didactique et clinique, comment comprendre le trauma chez l'enfant, sous ses différentes formes, le reconnaître, le traiter et le soigner.

Les enfants et même les bébés sont affectés directement par les violences, nombre d'études en attestent et vous retrouverez les plus récentes et les plus significatives dans ce livre. Ces traces sont d'ailleurs tellement fortes qu'elles s'inscrivent dans le présent et le futur de l'enfant en développement et prennent parfois racine dans son histoire transgénérationnelle, comme on le verra dans les travaux de Malika Mansouri. Elles auront encore un impact chez l'adolescent puis l'adulte qu'il sera, dans les peurs qui l'habiteront, dans sa capacité à grandir et à investir le monde sereinement.

À ces effets directs vont s'ajouter les conséquences indirectes. En effet, pour survivre et grandir, les enfants ont besoin de l'aide de leurs parents ou de substituts. Or, des parents traumatisés et un groupe déstructuré par des événements collectifs violents sont souvent trop envahis par leurs propres douleurs, leurs pertes ou

leurs frayeurs pour se préoccuper de manière adaptée de leurs enfants. Ces derniers peuvent se sentir isolés psychologiquement, à un moment où tout leur système de croyances – la vie/la mort, le bien/le mal, la place des générations... – se trouve déstabilisé par l'expérience de la violence.

Si on accepte l'idée que les enfants doivent être portés, fabriqués, pensés dans un lien structurant aux parents, à la famille, à la société, alors apparaît immédiatement l'idée d'une fabrication des parents, d'un portage nécessaire et d'une représentation de la parentalité comme affaire non seulement de sentiments et de désirs, mais aussi de structure. Examinons d'abord ce qui l'en est pour les bébés et les très jeunes enfants comme l'a fait Mathilde Laroche Joubert dans la fiche 1.

## **Les bébés n'oublient rien**

On pourrait énumérer quelques allégations en vrac véhiculées par le sens commun, mais aussi la littérature scientifique : les jeunes enfants ne se rendent pas compte de ce qu'ils vivent, ils oublient facilement en grandissant, ils transforment tout en jeu, ils seraient peu sensibles à la douleur... Et tant d'autres arguments qu'à certaines périodes, les uns et les autres s'évertuent à démontrer : les jeunes enfants n'enregistrent pas les traces mnésiques, ils oublient à mesure, ils n'ont pas de métacognition suffisante ou encore, ils n'ont pas de représentation suffisante de la mort et donc ils n'en auraient pas peur. Ils penseraient la mort comme transitoire et donc ne feraient pas de lien entre l'événement violent et la mort réelle et brutale... Les travaux s'appuient parfois sur des données partiellement vraies comme celles qui concernent le langage, la mémoire ou les représentations, autant de processus développementaux qui se structurent avec l'âge, mais la conséquence inférée, elle, n'est pas juste. Les bébés perçoivent directement et indirectement les traumatismes, nombre

d'études actuelles le montrent, et ils en subissent les conséquences dans leur enfance. Ces traces sont d'ailleurs tellement fortes qu'elles s'inscrivent, comme tout processus qui prend place dans une ligne de développement, dans le présent et le futur de cet être sensible, percevant et actif, pouvant être à nouveau convoquées dans l'enfant, l'adolescent puis l'adulte qu'il sera. On peut même faire l'hypothèse, mais cela est plus aléatoire, que ce trauma, parfois cette série de traumatismes vont modifier la perception qu'a l'enfant de son passé, de son histoire, pour brève qu'elle soit.

Aux conséquences directes de l'événement traumatique vont s'ajouter celles indirectes, c'est-à-dire les conséquences sur les enfants des traumatismes parentaux ou collectifs. En effet, les enfants, et en particulier les plus jeunes d'entre eux, ont besoin pour vivre, pour survivre et grandir, de l'aide de leurs parents ou de substituts. Au-delà du soutien du groupe qui les porte ou est censé le faire, ils sont dépendants de leurs parents et de tous ces tuteurs de développement. Or, lorsque le trauma s'inscrit dans l'histoire parentale, il perturbe leur disponibilité psychique, leur capacité à prendre soin de manière adaptée et efficace de leurs enfants, de leurs besoins, de leurs vulnérabilités. Les parents doivent survivre physiquement et psychiquement pour pouvoir s'occuper de leurs enfants et notamment des plus jeunes qui ne savent pas toujours réclamer de l'aide ou parfois, ne la réclament pas avec le langage des adultes. Ils le disent à leur manière avec un babil traumatique qui n'est pas reconnu comme tel. Par exemple, ils s'arrêtent de jouer ou de rêver, mais qui va le percevoir dans de telles circonstances ? Ou encore, ils vont répéter de manière traumatique le même jeu qui singe l'événement traumatique auquel l'enfant reste fixé. Et ce "faux jeu" rassure les adultes, parents ou soignants : « *L'enfant va bien, il joue !* » En réalité, il répète le trauma et ses vécus affectifs dans un scénario en boucle qui s'auto-entretient. Aux traumatismes s'ajoutent alors le manque, le délaissement ou la désolation blanche, non spectaculaire, mais délabrante. Il faut alors repérer

ce rien, ce vide défensif qui gèle les processus de développement et hypothèque son avenir, comme le montrent Betty Goguikian ou Marion Feldman dans les fiches 2 et 3.

Que ce soit pour les très jeunes enfants ou pour les enfants plus grands, la violence vécue et perçue comme excessive ou injuste par les enfants eux-mêmes laisse des traces indélébiles dans leur système de croyances. Elle entraîne un doute et parfois une perte dans les croyances fondamentales en la vie.

### **Faire violence à un enfant, c'est lui faire perdre sa foi dans les adultes et dans la vie**

Le pouvoir traumatique de la violence, c'est l'attaque du réel et du symbolique. Chez le nourrisson, l'attaque du symbolique correspond le plus souvent à une attaque des théories infantiles. Pour l'enfant, ces théories correspondent à un ensemble de croyances fondamentales et de lois que le bébé commence à bâtir dès les premiers mois de vie et sont le corollaire du développement de la pensée. Ce sont des croyances concernant les objets individuels d'amour et d'attachement, comme la présence de la mère ou la capacité du père à protéger. Ce niveau ontologique concerne les soubassements de la nature humaine. Ainsi, les croyances concernant la perception individuelle s'installent très tôt, mais progressivement et peuvent être détruites ou attaquées dans leur fondement lors d'événements graves qui ne vont pas logiquement dans le sens de ces croyances ontologiques : le sens du futur, la place dans les générations, la place dans la famille, la place dans la société et dans le monde. Ces perceptions qui ordonnent le monde de l'enfant concernent la perception de sa propre place, mais également celles qui concernent la place des autres (soi par rapport aux autres) : celle des parents, celle de la construction du social, celle des autres dans cet environnement

[1]. D'autres catégories peuvent être touchées, tout au long du développement de l'enfant comme le bien/le mal, la vérité/le mensonge... Voilà pourquoi la violence est redoutable et s'inscrit au niveau existentiel et en creux. Ses traces modifient la perception même du monde, des autres, des adultes. C'est aussi pour cela que l'on décrit dans les études épidémiologiques plus de dépression et de violence dans le devenir des enfants maltraités et violentés, à qui on a enlevé l'insouciance de l'enfant sur le moment et à l'âge adulte, le plaisir d'interagir et la foi dans la vie elle-même, comme le montrent les textes de Betty Goguikian ou Marion Feldman (fiches 2 et 3).

Dans certains cas extrêmes, les enfants deviennent même des cibles privilégiées de la violence.

## **Violenter les enfants : les limites de l'humanisation**

Chacun le sait, les parents mais aussi ceux qui font la guerre, les individus les plus vulnérables d'entre nous sont les enfants. C'est pour cela qu'en temps de paix, nous sommes censés les protéger et qu'en temps de guerre, lorsque nous cherchons des armes et que tout est permis, alors nous pensons aux enfants. Même si ce n'est pas complètement délibéré, mais plus implicite, voire inconscient, nous cherchons des cibles faciles, symboliques, et qui vont marquer l'ennemi. Les enfants sont alors tout désignés, comme on peut l'observer dans des conflits malheureusement récents, par exemple au Moyen-Orient. Certes, il existe d'autres cibles de cette nature. Tout d'abord, les femmes, qui sont violées pour anéantir leurs corps, leurs âmes, mais aussi leur descendance. Mais aussi les femmes enceintes qui sont touchées pour elles-mêmes et pour les fœtus et les bébés qu'elles portent, et d'autres encore. Mais, toucher les enfants d'aujourd'hui et ceux qui sont à naître et à venir comporte une symbolique traumatique

forte. Le risque pour ceux qui subissent, la chance pour ceux qui agressent, de toucher la transmission même du trauma comme le montrent les textes d'Elisabetta Dozio (fiche 7), celui de Judith Ayooso et coll. (fiche 10) ou celui de Mathilde Laroche Joubert (fiche 5). C'est sans doute un processus inscrit au cœur de la blessure, toucher pour aujourd'hui et demain, laisser dans l'être la trace du trauma qui engendrera souffrance pour des « *siècles et des siècles* » selon la formule de la prière catholique, sur « *quarante générations* » comme le dit la malédiction biblique ou sur « *sept générations* » dans d'autres contextes religieux et culturels. Le trauma est fait pour être transmis, telle semble être une de ses caractéristiques majeures dans les situations pensées par les humains, comme si cette transmission était depuis toujours évidente et son vecteur bien connu, le fœtus, le bébé, l'enfant voire l'adolescent. Les enfants sont donc vulnérables, ils constituent une symbolique forte, évidente, donnée qui s'impose à tous. Par ailleurs, ils sont des cibles faciles parmi la population civile : en jouant dans des endroits excentrés, ils sautent souvent sur les mines placées par les soldats ou parfois mises intentionnellement sur le chemin de l'école dans les situations de guérilla ou de guerres urbaines. Par ailleurs, ils sont faciles à enrôler, à transformer en janissaires impitoyables qui transgressent les règles de l'humain dans la mesure où eux-mêmes ont été déshumanisés. Le trauma extrême subi ou auquel on vous a obligé à assister (un meurtre, un crime, le viol de votre mère ou de votre sœur...), déshumanise, sidère et laisse une marque ontologique qui transforme l'être.

Il y a aussi des formes actuelles de traumas, ceux que subissent, par exemple, ceux qu'on appelle aujourd'hui les mineurs non accompagnés qui arrivent en Europe après des parcours violents et chaotiques tels que le montre le texte de Sevan Minassian et coll. (fiche 9). Cette situation à laquelle ils ne sont jamais préparés, peut entraîner une perte de confiance, d'abord de la confiance en soi puis de la confiance en l'avenir. C'est le cas de Massoud,

un enfant afghan dont la famille s'est réfugiée en Iran pendant la guerre d'Afghanistan, il y a de longues années. Alors qu'il était adolescent, son père meurt brutalement. Massoud est un élève brillant. Son envie d'apprendre va faire penser à sa famille qu'il peut tenter sa chance en Occident, et revenir avec un beau métier. Massoud a alors 16 ans. Il part avec un autre adolescent du même camp qui mourra sur le chemin. Arrivé en France après avoir traversé l'Iran et l'Europe, il vit à la rue un temps puis est accueilli dans une association. Installé là, il perd toute envie de vivre et se laisse sombrer dans une mélancolie. Il veut apprendre le français, les mathématiques, mais est assailli par une question à laquelle il va falloir l'aider à répondre : « *suis-je quelqu'un de digne alors que je n'ai pas enterré mon "frère" ?* » (Il a été contraint de l'abandonner pour ne pas ralentir le passeur.) « *Est-ce que c'est cela que ma mère attendait de moi ?* » Pour soigner Massoud, il faut l'aider à répondre à ces questions. Par ailleurs, ces jeunes ont quitté l'enfance prématurément, trop vite propulsés dans un monde violent et inhospitalier. Ils ont besoin d'un peu de légèreté. Ils ont besoin de jouer, de rêver, de faire des choses des autres jeunes de leur âge. Ils ont du mal à trouver leur place ; ils ont d'autant plus besoin de se sentir accueillis pour s'autoriser à se projeter dans un avenir ici. Cela suppose d'écouter leurs histoires, de ne pas les obliger à renoncer à leurs souvenirs, leurs liens. Soigner leurs blessures exige également d'aller chercher celles, invisibles, qui se devinent seulement. L'école et la formation représentent souvent un des motifs ou un des rêves de leurs voyages. Elles peuvent représenter une puissante consolation des douleurs et des arrachements vécus. À condition de ne pas nier l'importance de leur langue maternelle et du respect de leurs manières de penser les choses...



## Des soins du corps, du fonctionnement psychique et de la société

La justice, la réparation et les changements historiques contribuent aussi bien sûr à leur restauration. Mais il est aussi des facteurs plus individuels qui sont de la responsabilité des parents, des soignants, des travailleurs sociaux, des éducateurs, et plus généralement de la société civile comme le montre le texte de Christian Lachal et Hélène Asensi (fiche 12) : la mise en place de soins aussi bien ici que là-bas, qui aident les enfants à revisiter la manière dont ils se voient et voient le monde, dans le but de réécrire, réinventer leurs “théories de la vie” endommagées par les événements traumatiques, c’est-à-dire la représentation qu’ils se font d’eux-mêmes, de l’élan vital et des relations aux autres. On doit les aider à reconstruire cette envie de vivre en leur proposant des espaces les réaniment, les consolent, les réparent et s’intéressent aussi bien à leurs corps qu’à leurs souffrances comme le montre le texte de Marine Da Costa et Éléonore Lauriat (fiche 4). Ceci peut être mis en place dans des soins psychothérapeutiques, mais aussi corporels et dans des activités familiales ou sociales comme des activités ludiques, des rituels sociaux ou des fêtes. Ceci est important à mettre en place dès l’enfance. Car à l’adolescence, si la blessure est encore béante, alors ce monde risque de devenir effrayant et non désirable pour eux, ce qui fait le lit de la violence, qu’elle soit dirigée sur soi ou les autres, et contribue aux tentations idéologiques. L’objectif est de permettre à tous les enfants de penser, selon les mots du génial Winnicott [2], que « *la vie vaut la peine d’être vécue* » pour elle-même, par elle-même et pour les autres.

Beau projet collectif pour notre monde et pour ses enfants.

## Références bibliographiques

- [1] Bailly L. (2012). *What is the antidote to violence?* Médecins sans Frontières Workshop : Mental health rehabilitation for children and teenagers within ongoing conflict contexts, Gaza, Palestine.
- [2] Winnicott D. (1975). *Jeu et réalité*. Paris, France : Gallimard, 1971, p. 91.



# SOMMAIRE

Les auteurs.....	5
Préface .....	9
<b>Marie Rose Moro</b>	
Introduction.....	21

## Fiche 1

Évolution des représentations du bébé et trauma psychique .....	23
<b>Mathilde Laroche Joubert</b>	

## Fiche 2

État de stress post-traumatique chez l'enfant : critères diagnostiques et facteurs de risque. ....	31
<b>Betty Goguikian</b>	

## Fiche 3

Clinique du trauma chez l'enfant avant le langage et enfant d'âge scolaire .....	45
<b>Marion Feldman</b>	

## Fiche 4

Corps et traumatisme chez l'enfant .....	55
<b>Marine Da Costa, Éléonore Lauriat</b>	

## Fiche 5

L'impact du trauma sur la dynamique familiale .....	69
<b>Mathilde Laroche Joubert</b>	

## Fiche 6

- Maternité, migration et traumatisme ..... 81  
**Claire Mestre, Estelle Giaon**

## Fiche 7

- La transmission du traumatisme de la mère  
au bébé ..... 95  
**Elisabetta Dozio**

## Fiche 8

- Transmission du traumatisme colonial  
et adolescence ..... 105  
**Malika Mansouri**

## Fiche 9

- Les mineurs non accompagnés face au trauma ..... 111  
**Sevan Minassian, Fatima Touhami, Rahmeth Radjack**

## Fiche 10

- L'accueil des femmes enceintes ou de dyades  
mère/bébé dans un groupe transculturel  
à la maternité ..... 123  
**Judith Ayoosso Anignikin, Élise Drain, Natascia  
Serbandini Bini**

## Fiche 11

- Accueil de la dyade en groupe, apport  
du contre-transfert ..... 133  
**Mathilde Laroche Joubert**

## Fiche 12

- La thérapie de l'enfant traumatisé ..... 147  
**Christian Lachal, Héléne Asensi**
- Conclusion ..... 163

# INTRODUCTION

Après avoir été longtemps ignoré, le traumatisme chez l'enfant ainsi que le besoin de soins psychiques spécifiques, sont désormais largement reconnus.

L'intérêt grandissant pour le sujet, dû à une prise de conscience de l'envergure de l'exposition des enfants aux événements traumatiques (maltraitements, pertes, violences, etc.), nous a amenés à concevoir ce livre dans l'idée de rendre plus accessibles les enjeux relatifs aux enfants exposés, à leurs familles et aux soignants.

À travers 12 fiches, cet ouvrage illustre la particularité du traumatisme psychique chez l'enfant et ses différentes formes d'expression au cours du développement. De la naissance à l'adolescence, les auteurs apportent un regard sur les effets du trauma de l'enfant dans une dimension intrapsychique et intersubjective, incluant ainsi la famille et les professionnels du soin. Reprenant des concepts psychodynamiques et diagnostiques du traumatisme de l'enfant, ce livre présente également des dispositifs de soin adaptés et créatifs face à cette clinique de l'extrême. Ces prises en charge individuelles et groupales reposent sur la prise en compte du sujet dans sa singularité et sa globalité, dans une dynamique de liaison et d'historisation des éléments irreprésentables du trauma.

Les différentes contributions sont construites de façon didactique, permettant d'acquérir des connaissances spécifiques autour de la clinique du traumatisme psychique chez le bébé, l'enfant et l'adolescent. Dans cet ouvrage, les auteurs,

enseignants-chercheurs et cliniciens, montrent l'importance du lien constant et réciproque entre clinique et théorie.

Ce livre est destiné à toute personne s'intéressant aux enfants, à leur psychisme et en particulier à leur souffrance due à l'exposition traumatique et à ses conséquences, ses manifestations cliniques et les possibilités de soin.

# ÉVOLUTION DES REPRÉSENTATIONS DU BÉBÉ ET TRAUMA PSYCHIQUE

Mathilde Laroche Joubert

L'évolution du regard porté sur le bébé oblige les praticiens à reconnaître sa souffrance. Exposé à un événement effroyable, le bébé est mobilisé dans tout son être pour faire face au débordement. L'importance de l'inscription et des manifestations corporelles est à entendre, tout comme les manifestations contre-transférentielles des thérapeutes pour rendre compte du vécu du bébé face au trauma.

---

• bébé • trauma • corps • contre-transfert •

Le traumatisme est un événement externe, soudain et brutal qui vient faire effraction et déborde les capacités du Moi. La notion se complexifie lorsqu'on aborde le trauma du bébé. L'analyse et la description de ses effets deviennent plus complexes et nécessitent de prendre en compte le vécu contre-transférentiel des thérapeutes.

## 1. Évolution des représentations autour du bébé

La clinique périnatale est une discipline récente, apparue après la seconde guerre mondiale, qui apporte un nouveau regard sur le développement psychique du sujet. L'intérêt de la psychanalyse a suivi un mouvement rétrograde allant de l'observation du fonctionnement du psychisme constitué de l'adulte vers le psychisme en construction du bébé. L'évolution des représentations autour de



la famille dans le champ clinique, mais également sociétal a permis d'introduire de nouvelles voies de compréhension sur le développement du sujet et de ses compétences. Dans un équilibre difficile entre les représentations d'un bébé comme tube digestif et un bébé surdoué, le bébé est désormais reconnu comme partenaire actif de la relation, doté d'une vie psychique, et dont la souffrance psychique ne peut plus être ignorée.

Dans une perspective psychodynamique, la périnatalité a des limites temporelles et spatiales larges. Elle concerne la période de la gestation jusqu'à la fin de la première année de vie du bébé. Elle est synonyme de bouleversements psychiques à différents niveaux, intrapsychique et intersubjectif, source de créativité et de maturation psychique ou de ruptures délétères. La clinique périnatale oblige donc un regard plurifocal impliquant la prise en compte des aspects psychologiques, mais également politiques, juridiques, éthiques et sociétaux. Ainsi, « *il est légitime d'affirmer que l'état des lieux de la politique de la santé d'un pays en matière de périnatalité est un marqueur d'une grande fidélité de son degré de civilisation* » [1 : p. 23].

La périnatalité réinterroge un certain nombre de concepts dans une perspective dynamique et interactive. Elle met en lumière les intrications constantes entre normal et pathologique, réalité interne et externe, corps et psychisme. L'absence de parole et de langage chez le bébé oblige la prise en compte du langage corporel et du contre-transfert pour comprendre le vécu du bébé. Face au traumatisme, Lachal [2,3] insiste sur la prise en compte indispensable du contre-transfert du thérapeute dans le diagnostic chez le bébé et dans la compréhension de son vécu.

## 2. Le trauma chez le bébé

De nombreuses recherches et théorisations de courants différents, portent sur la reconnaissance et la compréhension de

la souffrance psychique du bébé face à un événement traumatique depuis les travaux d'Anna Freud et de Burlingham (cf. fiches 2 et 13). La place protectrice de l'environnement apparaît fondamentale dans les conséquences que l'événement peut avoir sur le bébé. L'impact de cette expérience traumatique diffère selon son niveau de développement. Ce qui fait trauma aurait à voir avec une attaque de ses croyances fondamentales sur le monde, avec des expériences de chaos interne, mais également avec la frayeur perçue chez le *caregiver*, l'absence de réponse à ses besoins et ses sollicitations, à la mise en échec des capacités de transformation maternelles [4,5]. Le tout-petit, n'ayant pas accès au langage, ne peut faire le récit de l'expérience traumatique. C'est à travers la voix maternelle (parentale) et du point de vue maternel (parental) que le clinicien accède au récit. L'observation du bébé, des interactions et l'attention portée aux manifestations contre-transférentielles des thérapeutes sont alors indispensables pour comprendre le vécu du bébé.

## 2.1. Le corps témoin

---

Plus la survenue de l'événement est précoce, plus le corps va être le lieu d'inscription du trauma et en permettre l'expression symptomatique. L'existence d'une mémoire corporelle ou « *mémoire comportementale* » est mise en avant dans la littérature pour des enfants ayant vécu un événement traumatique avant l'âge d'un an [6]. Certaines observations cliniques soulignent la possibilité de verbalisation de souvenirs traumatiques chez l'enfant pour qui la survenue de l'événement a eu lieu avant un an [7]. D'autres évoquent l'existence de traces mnésiques sensitivo-sensorielles extrêmement précoces [8] ou encore des traces mnésiques sensorielles auditives, non symbolisables, du trauma chez le tout-petit [9]. Mode d'expression privilégié chez le bébé, le corps joue un rôle majeur dans l'expression symptomatique du trauma. Baubet *et al.* insistent sur le fait que

le traumatisme « *s'inscrit dans le corps et le fonctionnement psychique de l'enfant dès la naissance* » [10 : p. 44]. L'expérience traumatique fait retour, chez l'enfant plus grand, à travers des éprouvés inquiétants, sensations liées à aucune représentation [11].

Le corps du bébé et ses mises en mouvement sont la traduction de ses vécus internes, des sensations brutes qui le submergent. Les manifestations psychosomatiques de la frayeur, l'impuissance et l'horreur propres au vécu traumatique peuvent être observées chez le bébé et partagées avec le thérapeute [3]. Ainsi, les attitudes de rejet, de dégoût, de répulsion au sens physique du terme peuvent être les premières inscriptions de ce qui deviendra des « *sentiments de honte, de culpabilité, d'impureté qui s'articulent à des significations telles que l'idée de transgression, l'atteinte des idéaux et des tabous* » [3 : p. 30]. La frayeur entraîne un vécu de détresse, détresse originaire [12] qui s'exprime dans l'ensemble des registres de l'être humain. Lachal évoque ainsi la détresse respiratoire, les régulations de l'état d'éveil des bébés en lien avec les affects de vitalité, les manifestations de désorganisation émotionnelle en lien avec la rupture du sentiment continu d'exister et la perte du sentiment d'être agent de ses actions (perte d'*agency*). Marcelli évoque les symptômes du trauma chez le bébé à travers les mouvements de retrait, de « *vigilance glacée, somnolence excessive, passivité/inertie massive* » [13 : p. 441]. Dès les premiers jours de vie, le bébé serait capable de reconnaître des stimuli en lien avec une expérience traumatique et exprimerait face à cela des expressions de détresse [14]. Des troubles dermatologiques, des troubles psychomoteurs, des troubles du sommeil et de l'alimentation sont également retrouvés dans la littérature [10]. De la capacité de l'entourage à porter secours au bébé, à transformer et à contenir ses vécus dépend la possibilité du bébé à faire face à l'événement traumatique.



Violences, stress, deuil, maltraitements, migrations... Après avoir été longtemps ignoré, le traumatisme de l'enfant est désormais largement reconnu. Quels sont les effets du trauma sur le bébé, l'enfant ou l'adolescent ? Quelles sont ses particularités ? Quels dispositifs de soin proposer face à cette clinique de l'extrême ? Comment innover et créer pour chaque patient ?

À travers 12 fiches, cet ouvrage interroge la place du trauma dans la famille, le rapport parent-enfant, et la parentalité en elle-même. Ancré dans l'actualité, il explique comment prendre en charge les enfants traumatisés et présente les formes d'accueils thérapeutiques qui leur sont offerts.

Ces fiches simples, didactiques et cliniques donnent des clés essentielles à une meilleure compréhension du traumatisme de l'enfant afin de le reconnaître, le traiter et le soigner. Les auteurs apportent ainsi un regard éclairé sur les effets du trauma de l'enfant dans des dimensions collective, groupale et individuelle, incluant famille et professionnels du soin.

**Les directrices d'ouvrage :** Mathilde Laroche Joubert est psychologue clinicienne, Maître de conférences en psychologie à l'université Paris-Ouest Nanterre. Elisabetta Dozio est psychologue clinicienne, docteure en psychologie clinique. Marie Rose Moro est professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Paris-Descartes.

**Les auteurs :** Hélène Asensi, Judith Ayooso, Marine Da Costa, Elisabetta Dozio, Élise Drain, Marion Feldman, Estelle Gioan, Betty Goguikian, Christian Lachal, Mathilde Laroche Joubert, Éléonore Lauriat, Malika Mansouri, Claire Mestre, Sevan Minassian, Marie Rose Moro, Rahmeth Radjack, Natascia Serbandini, Fatima Touhami.

Collection dirigée par Lydia Fernandez



ISBN : 978-2-84835-542-9

11 € TTC - France

[www.inpress.fr](http://www.inpress.fr)