

PRATIQUE INTÉGRANT LA NOTION DE TRAUMA



**De la théorie à
la pratique**

Auprès des enfants 0-11 ans



Québec 

Les composantes de ce document sont disponibles en format PDF pour impression sur le site internet
http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/trauma_trousse_soutien_CCSMTL.pdf

Rédaction

Carole Côté, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre d'expertise sur la maltraitance, Centre de recherche et d'expertise Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL)

Andrée Le Blanc, agente de planification, de programmation et de recherche, Développement des pratiques professionnelles, Direction des services multidisciplinaires, volet pratiques professionnelles, CCSMTL

Nous remercions chacune des personnes suivantes pour leur précieuse contribution à l'élaboration de la trousse:

Membres du groupe de travail du CCSMTL

Lise Cadieux, agente de relation humaine, Direction de la protection de la jeunesse

Nicole D'Astous, conseillère cadre, Direction du programme jeunesse

Monique Mounier, chef de service équipe adoption, Direction de la protection de la jeunesse

Suzanne Rainville, chef de service équipe soutien clinique spécialisé, Direction du programme jeunesse

Membres du groupe de travail ayant agi à titre d'experts au contenu

Karine Dubois Comtois, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Tristan Milot, professeur, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Sylvain Palardy, pédopsychiatre, Centre d'évaluation neuropsychologique et d'aide à l'apprentissage (CÉNAA)

Membre du groupe de travail et support à la révision du document principal

Peggy Rouleau, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de la capitale nationale

Collaborateur

Delphine Collin-Vézina, professeure, École de service social, Université McGill

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2016

ISBN: 978-2-550-76318-5 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-76319-2 (pdf)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

Citation suggérée: Côté, C. et Leblanc, A. (2016). Pratique intégrant la notion de trauma: trousse de soutien, Montréal, Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Pour plus d'information concernant nos publications, vous pouvez communiquer avec la bibliothèque:

514 896-3396

bibliotheque@cjm-iu.qc.ca



« Ces enfants auront, pour la plupart, une lourde hypothèque à « transporter ». Faisons en sorte que les meilleures pratiques les aident à payer une facture dont ils ne sont pas responsables. »

Sylvain Palardy, pédopsychiatre



Qu'est-ce qu'une pratique intégrant la notion de trauma en contexte de protection de la jeunesse?

Une pratique :

- *qui reconnaît la forte prévalence des expériences traumatiques chez les personnes qui reçoivent des services ;*
- *qui démontre une compréhension approfondie des impacts neurologiques, biologiques et psychologiques ainsi que des effets sociaux en lien avec les traumatismes et la violence sur l'individu (Jennings, 2004) ;*
- *où les intervenants présument que leurs clients ont une histoire de vie empreinte d'adversité et par le fait même exercent des «précautions universelles» en créant des systèmes de soins qui tiennent compte des traumatismes (Hodas, 2005) ;*
- *qui reconnaît que certaines des pratiques utilisées peuvent avoir un effet aggravant le traumatisme.*

TABLE DES MATIÈRES

Pourquoi se préoccuper de la notion de trauma	6
Notions de base et cadre théorique	8
Quels sont les enfants à risque de développer des séquelles traumatiques ?	15
Quelles sont les conséquences sur le développement associées au trauma ?	18
Évaluation et intervention	32
Rassembler l'information, évaluation, dépistage	33
Se questionner sur les symptômes	36
Débusquer les déclencheurs	37
Consigner, partager l'information	40
Intervention: favoriser la résilience	41
Références	54

Pratique intégrant la notion de trauma

AUPRÈS DES ENFANTS 0-11 ANS

Pourquoi se préoccuper de la notion de trauma?

LA MALTRAITANCE LAISSE DES TRACES

Bien que l'enfance soit bien souvent associée à l'insouciance, la joie, la pureté et l'amour, la trajectoire de plusieurs enfants est parsemée de violence et de peur. Au Québec, le bilan des DPJ recense chaque année en moyenne **18 000 enfants** de 0-12 ans dont la situation est prise en charge. Malgré un sentiment d'évidence que des enfants ayant subi de la maltraitance peuvent avoir des séquelles, il semble que la notion de trauma soit encore trop peu utilisée pour décrire les impacts de celle-ci.

Toutefois... l'évaluation systématique des expériences et séquelles traumatiques – au-delà de la raison du signalement - n'est pas une pratique de routine dans l'ensemble des centres de protection de la jeunesse (Greeson et al., 2011).

Les mauvais traitements sont associés à l'émergence de diverses séquelles psychologiques chez les enfants qui en sont victimes (Paolucci et al., 2001). Ces difficultés peuvent d'ailleurs perdurer jusqu'à l'âge adulte (Briere et Elliott, 2003). La recherche démontre que certains enfants victimes de mauvais traitements sont particulièrement à risque de développer des problématiques de santé mentale, dont l'état de stress post-traumatique. Les notions de traumatisme, d'état de stress post-traumatique et de trauma complexe sont particulièrement utiles pour mieux comprendre les conséquences possibles de la maltraitance et pour intervenir auprès des enfants et de leurs familles.

Si, à une époque, on pensait que les enfants bénéficiaient d'une certaine invulnérabilité face aux événements traumatiques du fait qu'ils étaient trop jeunes et immatures pour réaliser la nature de ces événements, ou encore, pour se les remémorer (Osofsky, 2004), nous savons aujourd'hui que c'est tout le contraire. Ils sont, en raison de leur âge, les plus vulnérables face à ces situations extrêmes qui constituent un risque sérieux pour leur intégrité physique et psychologique (Milot et al. 2013)

Si on n'en voit que la pointe de l'iceberg, ces traces peuvent perdurer et s'accroître...

Des recherches ont permis de confirmer que les troubles émotionnels et comportementaux manifestés par les enfants placés pouvaient représenter des symptômes liés à un cumul d'expériences de vie traumatisantes (Cook et al. 2005).

Plusieurs jeunes placés ont subi différentes formes de violence sans que celles-ci ne soient nécessairement déclarées aux autorités, alors, une partie importante du bagage des enfants placés reste invisible. De plus, les jeunes en situation de placement ont vécu plus fréquemment l'expérience de traumatismes multiples, plutôt que de subir un événement de traumatisme isolé. Il y a encore peu d'études longitudinales pour documenter l'effet à long terme des traumatismes vécus dans l'enfance. Cependant, certaines études démontrent que les enfants qui présentent des séquelles traumatiques sont plus à risque de :

- développer des troubles de santé mentale;
- présenter un pronostic plus sombre;
- être plus difficiles à traiter;
- vivre en marge de la société une fois adultes et dépendre des services, ce qui occasionne des coûts énormes pour la société;
- présenter de multiples facteurs de risque reliés à plusieurs des principales causes de décès chez les adultes.

La maison qui n'a pas été réparée, ou qui n'a été que partiellement réparée sera ballottée par le vent, elle est exposée au risque de s'effondrer par la suite, ou bien d'être entièrement détruite à l'occasion d'un autre ouragan.

La fin de la compromission pour l'enfant qui a développé des séquelles traumatiques ou qui est à haut risque d'en développer, ne signifie pas que ce dernier a reçu les services nécessaires pour soigner celles-ci et reprendre une trajectoire développementale plus harmonieuse.

Les intervenants et les milieux d'intervention ont besoin de connaître la notion de trauma pour :

- identifier le plus tôt possible les enfants les plus à risque de développer des séquelles qui affecteront leur trajectoire développementale;
- soutenir les personnes qui prennent soin de ces enfants afin d'éviter les déplacements;
- éviter que les interventions posées aggravent leur état et puissent causer un traumatisme institutionnel, qui s'ajouterait aux blessures relationnelles déjà subies;
- mettre en place les ressources et les services permettant de favoriser la résilience.

Notions de base et cadre théorique

TRAUMA : DE QUOI PARLE-T-ON AU JUSTE ?

TERMINOLOGIE ET DÉFINITIONS

Plusieurs termes peuvent être utilisés pour décrire la réalité des enfants exposés à la maltraitance dans leur milieu de vie, suivis en contexte de protection et qui sont à risque de développer ou ont développé des séquelles. Les intervenants pourraient entendre :

- trauma développemental
- trauma psychologique
- trauma complexe
- état de stress post-traumatique, etc.

Au-delà de l'angle conceptuel, nous voulons que ces enfants à haut risque de développer des séquelles liées à la maltraitance et à des conditions de vie adverses soient identifiés et que l'on prenne en compte cette réalité dans les services qui leur sont offerts. **Dans l'ensemble des outils proposés, nous utiliserons donc le terme trauma.** Cependant, dans ce document de référence, deux terminologies seront présentées:

- **l'état de stress post-traumatique**, provient du DSM, manuel diagnostique révisé dans sa dernière version (DSM-5) en 2013;
- **le trauma complexe**, issu des travaux de plusieurs chercheurs dont la volonté est de bien décrire la réalité des enfants et des adolescents exposés à des traumas interpersonnels et chroniques, qu'ils présentent ou non les symptômes correspondant à l'état de stress post-traumatique.

Trauma signifie blessure dans le vocable grec. En médecine, la notion de trauma est utilisée quand le corps est attaqué et endommagé par une force si puissante que ses protections naturelles sont incapables de le défendre et de faire face à l'atteinte sans aide médicale. Freud a été le premier à utiliser le terme blessure psychique, par analogie à la blessure physique.

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Dans la nouvelle version du DSM-5, l'état de stress post-traumatique est divisé en deux catégories :

1. « État de stress post-traumatique chez les 6 ans et plus et les adultes »
2. « État de stress post-traumatique s'adressant aux enfants de 6 ans et moins »

Pour qu'une personne développe un état de stress post-traumatique, elle doit avoir vécu, avoir été témoin ou avoir été confrontée à un événement ou à des événements percutants. Il peut s'agir de situations dans lesquelles des personnes ont pu mourir, être très gravement blessées ou menacées. Il peut s'agir de diverses expositions répétées : violence, agressions sexuelles ou expériences sexuelles inappropriées pour l'enfant avec ou sans violence et blessure, abus physiques, exposition à la violence familiale, etc. Ce pourrait aussi être l'exposition à un événement unique (accident, désastre naturel, etc.), directe (être sur place lors d'une attaque terroriste) ou indirecte (voir des images de l'attaque à la télévision et avoir un proche impliqué dans l'incident). À noter, le fait d'être témoin d'un événement uniquement par la voie d'une exposition via les médias électroniques, la télévision, le cinéma ou des images n'est pas suffisant (selon les critères du DSM-5). Pour l'état de stress post-traumatique chez les moins de 6 ans, il est précisé que l'exposition traumatique à titre de témoin ou le fait d'être exposé indirectement concerne surtout les situations qui touchent son parent ou la personne qui s'occupe de lui en tant que donneur de soins.

L'état de stress post-traumatique comme diagnostic est apparu dans les années '80 dans la foulée du retour des vétérans de la guerre du Vietnam et a été intégré au DSM dans sa troisième version.

Certains critères diagnostiques ont été modifiés dans la version du DSM-5. Par exemple, un enfant peut avoir entendu son parent parler de la guerre ou d'autres événements traumatiques et de comment cet événement a heurté son proche et développer un état de stress post-traumatique.

Les symptômes de l'état de stress post-traumatique peuvent apparaître consécutivement à l'évènement traumatique ou de façon retardée, parfois même après plusieurs années.

Dans le DSM-4, la personne exposée devait pouvoir raconter l'évènement traumatique, il y a moins d'importance accordée à ce critère pour que le jeune puisse recevoir le diagnostic.

La caractéristique essentielle de l'état de stress post-traumatique est le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême. Ce diagnostic décrit quatre familles de symptômes :

1. **Symptômes d'intrusion** associés à l'évènement traumatique apparaissant après celui-ci sous forme de :
 - Ré-expérience involontaire, intrusive de l'évènement causant de la détresse à travers des pensées, des images, des perceptions, des souvenirs qui rappellent celui-ci. Pour l'enfant, les souvenirs peuvent surgir dans le jeu sans nécessairement sembler provoquer de la détresse;
 - Rêves ou cauchemars répétitifs qui sont en lien avec l'évènement ou pour l'enfant, des cauchemars effrayants sans contenu spécifique;
 - Réactions de dissociation, des impressions de « flash-back » dans lesquels la personne agit ou se sent comme si l'évènement se reproduisait. Cela peut aller jusqu'à perdre complètement contact avec ce qui se passe réellement autour. Pour l'enfant, cela peut se vivre à travers la reconstitution de l'évènement à travers des jeux ou des dessins;
 - Impression que l'évènement peut se produire de nouveau, lorsqu'un élément interne ou externe le rappelle, en créant une détresse psychologique intense ou prolongée;
 - Réactions physiologiques marquées en lien avec des rappels internes ou externes de l'évènement.

2. **Symptômes d'évitement persistant des stimuli** associés à l'évènement qui débutent après l'exposition et qui se présentent sous forme :
 - D'efforts pour éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme;
 - D'efforts pour éviter les rappels extérieurs tels que les activités, les endroits, les personnes ou les situations qui rappellent l'évènement.

3. **Altération des cognitions et de l'humeur** associées à l'évènement traumatique débutant ou s'aggravant après l'exposition et qui se présente sous forme de :
 - Incapacité à se souvenir;
 - Croyances et attentes négatives persistantes et exagérées, sur soi, les autres et même sur le monde entier. Par exemple, la personne peut croire que l'avenir n'est plus prometteur pour lui;

- Distorsions cognitives à propos des causes ou des conséquences de l'évènement amenant la personne à se blâmer ou à blâmer les autres;
- Persistance d'un état émotionnel négatif (peur, colère, honte, culpabilité, etc.);
- Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités. La personne peut cesser de faire des activités qu'elle aimait faire auparavant;
- Impression de détachement ou sentiment d'étrangeté dans le contact avec les autres;
- Incapacité persistante à faire l'expérience d'émotions positives.

4. **Altération marquée de l'éveil et de la réactivité** (*Symptômes neurovégétatifs*) *débutant ou s'aggravant suite à l'exposition sous forme de :*

- Irritabilité et crises de colère exprimées sous forme d'agressivité verbale ou physique envers les objets ou les personnes;
- Comportements téméraires ou autodestructeurs ;
- Hyper éveil, état d'alerte, hyper vigilance;
- Réactions exagérées de sursaut;
- Difficultés de concentration;
- Difficultés de sommeil soit d'endormissement ou à demeurer éveillé une fois le sommeil nocturne interrompu.

Pour faire le diagnostic d'un état de stress post-traumatique **pour un enfant de moins de 6 ans**, cela nécessite la présence de moins de critères et cela particulièrement dans les catégories de l'évitement et de l'altération des cognitions et de l'humeur. Des comportements régressifs (ex. : perte sur le plan du langage, recommence à faire pipi au lit, à sucer son pouce, à vouloir dormir avec les parents, etc.) peuvent aussi être présents. Il est aussi mentionné que dans les situations d'évènements sévères et chroniques tels que la maltraitance dans l'enfance, la personne peut aussi faire l'expérience de difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle et à maintenir des relations interpersonnelles stables.

SELON PUTNAM (2003), L'IDÉE DE LA VIOLENCE SUBIE DANS L'ENFANCE
N'EST PAS UN DIAGNOSTIC, MAIS UNE EXPÉRIENCE DE VIE.

L'état de stress post-traumatique peut se présenter avec ou sans symptômes dissociatifs tels que :

- **La dépersonnalisation** : l'impression persistante ou récurrente de se sentir détaché de son corps, d'observer en spectateur son corps ou ses pensées comme dans un rêve, ou de ressentir un sentiment d'irréalité de son corps et de soi. La personne peut avoir l'impression que le temps s'arrête ou avance au ralenti;
- **La déréalisation** : l'expérience persistante ou récurrente pour la personne que le monde qui l'entoure est irréel, distant, distordu.

Plusieurs troubles sont souvent associés à l'état de stress post-traumatique :

- Trouble anxieux
- Trouble oppositionnel avec provocation
- Trouble de l'humeur
- Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
- Trouble réactionnel de l'attachement
- Trouble de l'engagement réciproque
- Abus de substance (pour les enfants plus âgés)

« La dissociation est une expérience au cours de laquelle une personne se trouve coupée sur le plan cognitif et émotionnel, de son environnement. La dissociation n'est pas un sentiment, mais plutôt une réaction automatique à un sentiment qui l'envahit. C'est une réaction de protection par laquelle l'individu s'échappe de la souffrance ou fuit une émotion intense qu'il ressent comme insupportable. La dissociation est le plus souvent une réaction à la peur, à l'anxiété, ou à une angoisse non spécifique très forte ».

(Cloitre et al. 2014)

Les individus qui ont un diagnostic d'état de stress post-traumatique ont 80 % plus de probabilités de présenter des symptômes qui répondent à au moins un autre désordre répertorié.

TRAUMA COMPLEXE

Pour certains chercheurs, l'état de stress post-traumatique (ESPT) ne décrit pas suffisamment bien la réalité de certains enfants suivis en clinique et qui présentent une étendue plus vaste de symptômes qui seraient la résultante de l'exposition à de multiples situations de maltraitance (Brière et Spinazzola, 2005; Herman, 1992).

C'est dans le début des années '90 que le concept de traumatisme complexe voit le jour.

Le National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) propose l'adoption d'un nouveau diagnostic: trauma développemental ou trauma complexe. La recherche démontre que le trauma qui se produit tôt dans la vie et qui se prolonge, en plus d'avoir une composante interpersonnelle, peut avoir un impact sur la santé psychologique et provoquer un ensemble de séquelles développementales qui est au-delà de la symptomatologie décrite par l'état de stress post-traumatique.

En effet, la notion de trauma complexe est

La notion de trauma complexe vise à reconnaître que, derrière plusieurs comportements qui paraissent problématiques et dysfonctionnels, il peut y avoir de la peur ou un comportement adaptatif lié au stress vécu de façon intense et répétée.

très utile pour décrire le profil de plusieurs enfants accueillis dans les centres jeunesse. Le trauma complexe évite de compartimenter les différents symptômes qui peuvent s'expliquer par la maltraitance : difficulté en lien avec l'attachement, impact sur l'estime de soi, difficultés de comportement et de régulation des affects. La notion de trauma complexe implique bien sûr l'exposition à des événements traumatisants, mais aussi à un échec dans la fonction de protection du parent. Plusieurs des symptômes développés par l'enfant peuvent être interprétés comme ayant une fonction adaptative à l'expérience d'abus en lui permettant par exemple de faire face à la détresse ou de se rassurer, mais ils peuvent devenir problématiques dans l'adaptation.

« D'une part, bien qu'il y ait consensus sur le caractère traumatique de la maltraitance, une majorité des enfants maltraités ne rencontre pas les critères de l'ÉSPT. D'autre part, plusieurs enfants maltraités sont étiquetés d'une multitude d'autres diagnostics de santé mentale, incluant le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble réactionnel de l'attachement, la dépression et le trouble des conduites. Les symptômes traumatiques tels qu'habituellement définis par le DSM apparaissent alors soit inappropriés, soit camouflés par l'intensité et la diversité des autres difficultés. Pour de nombreux chercheurs et cliniciens, l'ÉSPT est donc un diagnostic incomplet qui dessert mal les enfants. »

(Milot et al. 2013)

ÊTRE ALERTE À LA NÉGLIGENCE CHRONIQUE

Les effets cumulatifs de la négligence chronique peuvent être sous-estimés. Il peut être parfois plus facile d'associer le terme trauma à celui d'abus qu'à celui de négligence qui ne crée pas le même sentiment d'urgence. Il y a encore peu d'études sur la relation entre la négligence et les symptômes traumatiques. Il est reconnu que la négligence peut avoir des effets sérieux sur l'enfant. Pour certains, les situations de négligence ne constituent pas une menace aussi sévère à l'intégrité physique que l'abus physique ou sexuel. Toutefois, plusieurs auteurs (par exemple, Debellis, 2005) suggèrent que les situations où il y a menace à l'intégrité psychologique peuvent également être traumatisantes. De plus, diverses études ont observé que les enfants qui vivent des situations de négligence sont fréquemment exposés à d'autres formes de victimisation (Dessureault et al., 2008; Mennen et al., 2010).

« MAIS CE BAGAGE, C'EST AUSSI UN CUMUL D'ÉVÈNEMENTS DE VIE ADVERSES ET TRAUMATISANTS QUI ONT PRÉCIPITÉ L'IMPLICATION DES SERVICES DE PROTECTION DE L'ENFANCE » (COOK ET AL., 2005)

Quels sont les enfants à risque de développer des séquelles traumatiques?

1. LES ENFANTS EXPOSÉS À DES SITUATIONS POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUES

Pour décrire la réalité de l'enfant vivant des situations potentiellement traumatisantes, il faut répondre à la question : qu'est-ce qu'un événement traumatisant? La réponse peut sembler « simple », mais pourrait être résumée ainsi : est traumatisant tout ce qui peut l'être pour une personne. Il est assez facile de faire consensus sur certains types d'évènements qui sont susceptibles de causer un traumatisme tels qu'un attentat, un accident d'avion, une agression armée, une catastrophe naturelle. Il est aussi maintenant reconnu que **la maltraitance vécue dans l'enfance est une expérience traumatisante qui peut se répercuter sur toutes les sphères de développement d'un enfant** (Blaustein et al. 2010; D'Andrea et al. 2012).

Cependant, il est important de reconnaître qu'il existe un aspect subjectif lié à l'expérience propre de la personne qui vivra la confrontation à un événement sur un mode traumatique ou qui sera « seulement » stressée par celui-ci. Chaque individu a des caractéristiques individuelles qui influencent la façon dont il va faire face aux événements de la vie. Le traumatisme survient quand la personne est submergée par un événement ou une situation qui outrepassent ses capacités d'adaptation ou de « coping », ce qui pourrait être traduit par des stratégies adaptatives.

La définition du traumatisme implique que l'individu a ressenti un risque pour son intégrité physique ou psychologique. Par exemple, de par sa vulnérabilité et sa grande dépendance aux adultes qui s'occupent de lui, un bébé qui est négligé, laissé seul sans réponse, peut vivre un stress intense, un sentiment d'impuissance extrême, voire une détresse qui peut être vécue de façon traumatisante. Cela est d'autant plus vrai si le bébé vit cette expérience de façon répétée.

Le «coping» est l'ensemble des efforts cognitifs (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations...), émotionnels (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse...) et comportementaux (résolution du problème, recherche d'aide...) qui visent à tolérer, éviter ou minimiser l'effet néfaste du stress sur le bien-être personnel et à maintenir l'équilibre physique et psychologique.

(Lazarus & Folkman, 1984)

2. LES ENFANTS PRÉSENTANT DES CARACTÉRISTIQUES DE PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ

Il est aussi important de distinguer si la personne a été exposée à un évènement unique ou au contraire si elle a fait face à une forme d'agression continue ou répétée dans le temps, ou encore, si elle a été exposée à différentes formes d'agressions exercées précocement et maintenues ensuite pendant une longue période. Il faut également tenir compte du fait que ce soit la personne qui prodigue une grande part des soins à l'enfant (habituellement le parent) qui est maltraitant ou bien qu'il est témoin et qu'il ne protège pas l'enfant. Ces facteurs peuvent augmenter le risque que l'enfant présente des séquelles post-traumatiques.

Il n'est pas simple d'évaluer le risque que l'enfant développe des séquelles d'une exposition à des situations *potentiellement* traumatisantes. En effet, chaque enfant est unique, il a des caractéristiques personnelles qui peuvent constituer des facteurs de risque ou au contraire de protection. De la même façon, l'environnement amène des facteurs aggravants ou protégeant.

Pourquoi les enfants sont-ils particulièrement vulnérables aux traumatismes?

Certains enfants cumulent des facteurs de risque les rendant encore plus susceptibles de développer des séquelles traumatiques. Certains facteurs sont présents avant même la conception de l'enfant, d'autres se présentent pendant la grossesse, enfin d'autres facteurs de risque surviennent après la naissance. Ils peuvent être reliés à l'enfant, aux parents ou à l'environnement.

L'enfant est un être en développement, ce qui le rend particulièrement vulnérable aux traumatismes. Sa trajectoire développementale dépend d'une multitude de facteurs qui sont liés à ses caractéristiques propres, mais aussi à celles de son environnement. L'environnement est l'ensemble complexe des influences extérieures dont l'enfant dépend pour sa survie. De toutes les espèces, l'enfant humain est celui qui demeure le plus longtemps dépendant de cet environnement et donc de ses parents pour assurer sa survie, bien grandir et se développer dans ses différents aspects. Les premières années de vie sont donc déterminantes pour le développement de l'enfant et particulièrement sur le plan du développement du cerveau. Les enfants sont particulièrement vulnérables aux situations de stress et au danger. Ils ont des ressources limitées (en lien avec leur développement physique, cognitif et affectif) pour y faire face. Par exemple, leurs habiletés de régulation sont en émergence et ils dépendent donc de la disponibilité d'un adulte sensible pour les protéger.

Ce qui est complexe avec un enfant plus jeune, c'est que les limites du langage font qu'il sera peu à même de raconter en mots ce qui l'habite. Au-delà de la difficulté à mettre en mots, c'est aussi le caractère de dépendance de la relation entre l'enfant et son parent qui rend particulièrement difficile la dénonciation de situations inadéquates. Aussi, ces enfants en bas âge ne fréquentent habituellement pas les milieux de garde et ont donc moins de chance d'être repérés avant l'âge scolaire. De plus, certaines expériences d'abus sont si précoces qu'elles ont eu lieu avant l'apparition du langage et sont

donc difficilement mentalisables (non-accessibles aux souvenirs et non intégrables en terme d'émotions et de cognitions). Parfois, ces souvenirs sont uniquement présents dans la mémoire du corps. Ils seront alors ressentis ou agis plutôt que dits. L'âge auquel l'enfant est exposé à des traumatismes est donc un des facteurs pouvant influencer la sévérité des séquelles (Schmid et al. 2013). Le trauma modifie donc la façon dont l'enfant se développe et par la suite, cette façon de se développer affecte les étapes ultérieures de son évolution.

« Les ressources internes ou personnelles grâce auxquelles les enfants peuvent se protéger sont limitées du seul fait de leur développement... De plus, les ressources extérieures de l'enfant sont de loin bien plus limitées que celles des adultes. »

(Cloître et al., 2014)

ATTENTION : Les intervenants savent depuis longtemps que la maltraitance cause son lot de séquelles. Il faut que la notion de traumatisme s'intègre aux savoirs en les enrichissant. Il faut garder en tête que ce n'est pas uniquement les événements réels qui font le trauma. En effet, la façon dont l'enfant vit ces expériences et la réaction de ses proches influenceront le traitement et l'intégration que l'enfant en fera, et ce, en fonction des capacités et des ressources disponibles au moment des événements. Il est improductif que cela soit la nouvelle saveur du mois : « cet enfant est traumatisé ». L'enfant n'a pas besoin de se voir attribuer une nouvelle étiquette, mais plutôt que l'on fasse une juste lecture de ses besoins et qu'on lui donne accès aux bons soins. La notion de trauma doit s'intégrer aux savoirs et pratiques déjà existantes, en harmonie avec la démarche de clarification du projet de vie et l'évaluation de la qualité des liens d'attachement.

Quelles sont les conséquences sur le développement associées au trauma?

Les conséquences répertoriées pour le traumatisme complexe sont multiples et touchent plusieurs sphères du fonctionnement de l'enfant. Elles ont été classées par Cook et al. (2005) en sept catégories :

- Attachement
- Sphère biologique
- Régulation des émotions
- Dissociation
- Régulation du comportement
- Cognition
- Identité

Attachement

Il a été démontré que l'établissement d'un lien significatif à un adulte qui assure sécurité et protection à l'enfant représente un facteur de protection pour le développement de celui-ci. À l'inverse, le fait pour un enfant d'être exposé à des situations générant du stress lié à un danger potentiel et à de l'imprévisibilité, sans la présence d'un adulte sensible, fiable et capable d'offrir protection et soins, met l'enfant dans un contexte où il doit absorber seul et de plein fouet des émotions d'une grande intensité. C'est habituellement le parent qui soutient l'enfant et qui l'aide à se réguler tant au niveau physique, émotif qu'au niveau comportemental. Un jeune enfant ne possède pas les ressources internes pour gérer seul sa détresse.

L'enfant exposé à des traumatismes sans la protection d'une relation d'attachement sécurisante peut avoir de la difficulté à développer des relations avec des pairs et à accepter de dépendre des adultes qui l'entourent.

Qu'en est-il lorsque le parent n'est pas celui qui agresse, mais en est le témoin passif? Selon Herman (1992), la passivité face à l'agression est aussi blessante pour l'enfant. La fonction de la relation d'attachement est de garantir la sécurité de l'enfant. Cette omission de protection pourrait en soi être la source d'un trauma (Cloître et al. 2014).

Sphère biologique

La maltraitance durant l'enfance, particulièrement en l'absence de réponses sensibles de la part du parent, peut conduire à un parcours de vie empreint d'une réactivité accrue au stress. Le développement neurobiologique suit une programmation génétique qui peut être modifiée par des stimuli externes provenant de l'environnement. Des niveaux élevés de stimulation peuvent agir comme déclencheurs donnant lieu à des processus adaptatifs qui sculptent le cerveau différemment et altèrent le fonctionnement biologique. Cela peut affecter le système immunitaire et avoir un impact sur la santé.

Durant l'enfance, certaines parties du cerveau se développent. Elles sont entre autres responsables de la capacité à :

- filtrer les signaux sensoriels afin de repérer les informations importantes;
- apprendre à détecter et à répondre à des menaces potentielles;
- reconnaître l'information et les stimuli de l'environnement;
- coordonner et organiser des réponses rapides et appropriées;
- discriminer les stimuli internes et externes, les identifier et y réagir.

Le trauma interfère avec l'intégration de ce potentiel d'analyse, ce qui occasionne un débordement de l'aspect émotif et explique en partie la manière non rationnelle de réagir en situation de stress. De même, lorsque le système de régulation est dérégulé, même une exposition à un stress modéré ou léger peut provoquer une réponse extrême. L'impact des traumatismes peut entraîner des dysrégulations sensorielles, cela signifiant que l'enfant présente des réponses d'hypo ou d'hypersensibilité aux stimuli sensoriels (Ex. : bruit, odeur, lumière, sensation tactile). Par exemple, un jeune enfant peut réagir de façon intense lorsqu'on le change de position (proprioception), se montrer intolérant au contact physique ou à l'opposé, ne pas réagir à la douleur causée par une blessure ou chercher à se procurer des sensations physiques pour se sentir en contact avec lui-même.

Régulation des émotions

La régulation des émotions est la capacité d'identifier, d'exprimer les émotions ressenties et de moduler la réponse de façon cohérente et graduée en fonction des expériences vécues.

Un déficit de la capacité à réguler les expériences émotionnelles peut être classé en trois catégories :

1. Difficulté à identifier les expériences émotionnelles internes (Ex. : je ne sais pas ce que je ressens, j'identifie une excitation interne sans être capable de la nommer ni d'en différencier le niveau);
2. Difficulté dans l'expression des émotions. (Ex.: demeurer très figé et même rigide, ou encore se montrer explosif et changeant);

3. Difficulté à moduler l'expérience émotionnelle (Ex. : incapacité à s'apaiser par soi-même).

Les expériences traumatiques vécues par l'enfant surchargent ses capacités d'adaptation, ce qui le force à se couper de sa vie émotionnelle pour arriver à « survivre » aux abus. En l'absence de la capacité à mettre des mots, les réponses aux stress peuvent être internalisées (Ex : dépression, retrait, anxiété) ou externalisées (Ex. : agressivité, hyperactivité, opposition ou colère).

Dissociation

Parfois, les enfants traumatisés ont recours à la dissociation. Selon Putnam (1997), elle se présente comme une incapacité à intégrer l'information et l'expérience (les pensées, les émotions, la mémoire et l'identité) d'une façon normale, cohérente et adaptée. Les différents éléments demeurent fragmentés. On peut retrouver :

- Une pensée sans affect;
- Une émotion sans cognition;
- Une sensation corporelle sans conscience;
- Un comportement sans conscience.

La dissociation est un mécanisme de protection dans un contexte d'exposition traumatique chronique. Cela peut cependant devenir un désordre. Putnam (1997) donne trois fonctions à la dissociation :

1. Rendre le comportement automatique dans des circonstances qui submergent l'individu;
2. Compartimenter les souvenirs et les émotions trop pénibles;
3. Permettre le détachement de soi dans des situations extrêmes.

Un enfant traumatisé peut par exemple utiliser la dissociation pour fuir psychologiquement une situation qui dépasse ses capacités d'adaptation. Il peut se réfugier dans sa tête à défaut de pouvoir fuir ou combattre. Il s'agit d'un mécanisme fort utile dont le cerveau se sert pour permettre littéralement la survie. Mais lorsque trop souvent utilisé, ce mécanisme n'est pas sans conséquence sur le devenir de l'enfant.

La dissociation peut avoir un impact sur la capacité de l'enfant à investir réellement ses activités quotidiennes et affecter par le fait même sa disponibilité aux apprentissages et au développement de relations sociales. Comme le signale Bloom (1999), il est nécessaire d'avoir accès à tout un registre d'émotions variées pour nouer et entretenir des liens sains avec les autres. Il n'est pas toujours facile pour les adultes qui l'entourent de percevoir que l'enfant dissocie. L'enfant peut être perçu comme dans la lune, détaché ou ne portant pas attention. L'enfant peut être en action, mais il n'est pas réellement disponible à ce qui l'entoure.

Régulation du comportement

La régulation du comportement est la capacité de contrôler ses comportements de façon adaptée aux diverses situations. L'enfant traumatisé peut avoir un problème de sur ou sous-régulation. Par exemple l'enfant peut exercer un contrôle très fort sur son comportement et apparaître excessivement obéissant ou inhibé. Il peut être incapable de vivre un changement dans sa routine. À l'inverse, l'enfant peut être très impulsif, voire explosif et incapable de vivre des frustrations ou des délais. Il peut avoir beaucoup de difficulté à se calmer et à réfléchir avant d'agir. La difficulté pour l'enfant de réguler ses comportements est étroitement liée à l'impact du trauma complexe sur la sphère biologique, plus particulièrement sur la physiologie du stress, les relations d'attachement et aussi sur le développement du cerveau et les fonctions cérébrales.

Selon Bloom (1999), il existe une forme de compulsion de répétition en lien avec les scénarios traumatiques. Les réactivations inconscientes constituent des pièges interactionnels dans lesquels les adultes responsables d'un enfant peuvent tomber et ainsi contribuer à une certaine retraumatisation. Bloom (1999) rappelle que Freud a été un des premiers à mettre en évidence que certains comportements que la personne ne peut s'empêcher de perpétuer constituent une répétition inconsciente de scénarios vécus, mais inaccessibles aux souvenirs. La répétition du comportement devient en quelque sorte la seule manière de manifester ce que l'on a vécu, faute de pouvoir y mettre des mots. C'est ainsi que l'on rejoue continuellement son passé, quel que soit le contexte actuel dans lequel on se retrouve.

Il peut être difficile, dans l'interaction avec l'enfant de comprendre et d'accepter qu'il reproduise si souvent des comportements ayant des conséquences malheureuses et négatives pour lui : il est surtout improductif de le lui reprocher ou d'espérer que d'ajouter d'autres conséquences le dissuade de recommencer. On y reviendra au moment de parler intervention.

Cognition

L'enfant acquiert au cours de l'enfance et de l'adolescence certaines habiletés de raisonnement nécessaires pour un développement optimal, en lien avec le développement de certaines parties de son cerveau. Les fonctions dites exécutives sont essentielles à la capacité à fonctionner de façon autonome et à s'engager dans des relations réciproques. Ces fonctions permettent entre autres :

- d'évaluer le sens des expériences émotionnelles plus complexes;
- d'anticiper l'effet d'une action en se basant sur les expériences antérieures;
- de créer un modèle de référence intégrant la compréhension de la perspective des autres personnes;

- de développer des stratégies de planification, de résolution de problèmes et de prise de décision;
- d'avoir accès à une mémoire de travail plus stable et facilement accessible.

Un enfant traumatisé peut présenter différents retards sur le plan de ses capacités cognitives et langagières. Il peut aussi avoir des difficultés dans la gestion et la résolution des problèmes. Ces différentes atteintes au niveau cognitif peuvent causer des problèmes scolaires.

Le fait de fonctionner presque continuellement en mode survie mobilise les ressources de l'enfant qui devraient être disponibles pour les apprentissages et les défis développementaux. Il est donc fondamental d'intervenir pour favoriser la répétition d'expériences positives nourrissant l'élaboration de fonctions exécutives dont les circuits ont été atrophiés par la réponse au stress.

Identité

Les enfants se font une idée de leur propre valeur à partir du type de regard que l'on pose sur eux. Cette vision de l'autre sur soi est encore plus importante lorsqu'elle provient des personnes qui sont le plus près de nous. Lorsque c'est le parent qui maltraite, dénigre, omet de prendre soin ou de protéger, cela peut avoir un impact important sur l'évaluation que l'enfant se fait de sa valeur. L'abus et la négligence peuvent amener l'enfant à se penser comme un mauvais objet qui ne mérite pas d'être aimé et investi. Il est souvent moins douloureux sur le plan psychique et affectif pour l'enfant de se blâmer pour ce qui lui arrive que de reconnaître que son parent est indigne de confiance et dangereux. Tous les professionnels qui ont travaillé avec des jeunes enfants sont frappés par cette façon de réagir. En effet, il est fascinant de voir l'enfant inventer à son parent toutes les excuses inimaginables pour protéger même le parent le plus défaillant. Les émotions de honte, de culpabilité, de responsabilisation extrême et de faible estime sont le lot de beaucoup d'enfants victimes de maltraitance.

Pour pouvoir rêver et se projeter dans le futur, il faut que l'enfant ait un minimum de sentiment de confiance, d'espoir et de sens de contrôle sur ce qui lui arrive.

L'ATTACHEMENT ET LES NEUROSCIENCES COMME ÉCLAIRAGE SUR LES IMPACTS DU TRAUMA

Certains modèles théoriques peuvent aider à comprendre la diversité et la complexité des impacts de la maltraitance et des traumatismes sur la trajectoire développementale des enfants. La théorie de l'attachement et les neurosciences peuvent expliquer les dommages qui sont causés au corps et à l'esprit et les formes d'adaptation possibles des enfants lorsque leurs ressources internes et externes sont insuffisantes pour faire face à des situations traumatisantes.

Depuis quelques années, la théorie de l'attachement, développée à l'origine par John Bowlby s'est imposée dans les milieux de pratique. Les connaissances plus récentes en lien avec le trauma complexe sont complémentaires à la théorie de l'attachement pour donner un sens à certaines difficultés de l'enfant, mais fournissent aussi des pistes pour l'intervention.

Les recherches actuelles en lien avec la neurophysiologie ouvrent la porte sur une explosion de connaissances qui doivent alerter les intervenants et les gestionnaires qui travaillent dans les systèmes de protection de la jeunesse. En effet, il est fondamental de reconnaître les effets du stress chronique sur le fonctionnement humain et surtout sur l'enfant en développement afin d'ajuster l'organisation des milieux et adapter les modes d'intervention.

Attachement et trauma

Les mots trauma et attachement représentent deux concepts indépendants, mais qui sont étroitement liés.

On ne peut aborder les liens entre attachement et trauma sans d'abord parler de l'adaptation humaine au stress. Les relations entre l'enfant et les adultes qui en prennent soin sont déterminantes pour un développement adéquat, car ceux-ci agissent comme de véritables boucliers pour protéger l'enfant contre les stressseurs. Des soins de qualité reçus tôt dans la vie et l'établissement d'un attachement sécurisant sont essentiels au développement d'un système de réponse au stress fonctionnant de façon optimale.

La majorité des enfants qui ont vécu de la négligence ou de la maltraitance ont de la difficulté à développer un attachement **sécurisant** à la personne leur donnant des soins. Cependant, le pouvoir du lien d'attachement demeure évident même dans un contexte de violence. En effet, l'enfant a besoin de maintenir une proximité avec son parent, il dépend de lui pour sa survie.

Un des concepts clés de la théorie de l'attachement est que tout enfant est programmé génétiquement pour s'attacher à la personne qui s'occupe de lui. L'enfant organise ses comportements de manière à maximiser la proximité physique avec cette personne, ce qui habituellement augmente la probabilité de survie.

En fonction de la qualité des réponses du parent, l'enfant développe des attentes face à celui-ci. La qualité des réponses du parent influence aussi la valeur que l'enfant s'accorde comme individu. Ces représentations influencent la qualité de la relation d'attachement.

L'enfant développe son concept de soi, des autres et de lui en relation à partir de l'expérience de sa première relation d'attachement. Le sentiment de sécurité, la confiance qu'il développe envers les autres et en ses propres capacités à explorer le monde, le sentiment de compétence, la capacité à se réguler et à communiquer sont influencés par la qualité de cette relation d'attachement. Le monde devient un endroit où l'on peut se sentir bien ou au contraire un endroit dangereux où il faut être constamment sur ses gardes. Lorsque la maltraitance provient de la personne qui devrait prendre soin de lui et le protéger, l'enfant peut enregistrer qu'il est mauvais et que le monde est un endroit terrifiant.

Un enfant qui développe un attachement sécurisant s'attend à ce que son parent le protège, le soutienne, l'apaise. Il recherche la proximité et le contact. Il est aussi capable d'explorer quand il se sent en sécurité.

Un enfant qui développe un attachement insécurisant s'attend à ce que son parent ne réponde pas à son besoin. Il peut éviter ou maximiser les signaux de détresse selon le type de réponses parentales qui ont été données.

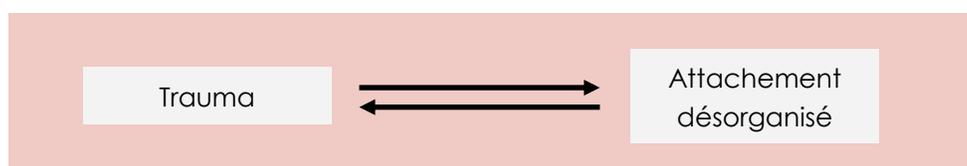
Un enfant qui développe un attachement désorganisé voit ses stratégies s'effondrer lorsqu'il vit des stress ou de la détresse. Il présente une réponse comportementale non organisée, car il est pris dans un dilemme insoluble, il doit chercher du réconfort auprès d'un

adulte qui lui fait peur. Cet enfant vit donc des sentiments importants d'abandon et de non-protection. Il se retrouve seul pour faire face à sa détresse. En vieillissant, certains enfants continuent de présenter cet effondrement de stratégies. D'autres développent un attachement désorganisé de type contrôlant. Parfois le contrôle se présente à travers des comportements maternants : l'enfant se montre bienveillant à l'égard de son parent, il peut tenter de le divertir, de l'égayer. L'enfant n'est pas en synchronie avec la tonalité affective présentée par le parent. Le contrôle peut aussi se manifester dans des comportements punitifs : l'enfant peut être dénigrant, irrité ou fâché envers le parent. Ces types de comportements de contrôle se présentent lors des situations de détresse vécues et peuvent exister parce que le parent abdique face à son rôle sur le plan de l'autorité parentale.

Il existe différents agents stressants identifiés comme étant associés au développement d'un attachement désorganisé et qui sont en lien avec la qualité des soins reçus :

- La maltraitance parentale. Selon certaines études, jusqu'à 86 % des enfants maltraités présenteraient un attachement désorganisé (Cyr et al. 2010, Van Ijzendoorn et al. 1999);
- L'institutionnalisation et l'absence de soins parentaux (Bakermans-Kranenburg et al. 2011);
- Des interactions parentales chaotiques, particulièrement des comportements épeurants (Madigan et al. 2006);
- Propos du parent qui sont hostiles, intrusifs, sexualisés, etc. (Dubois-Comtois et al. 2011);
- Des traumatismes (abus) et des deuils non résolus chez le parent (Madigan et al. 2006, Van Ijzendoorn et al. 1995);
- Des problèmes de santé mentale chez le parent, dépression (Van Ijzendoorn et al. 1995);
- Des événements stressants vécus dans le milieu familial : hospitalisation d'un parent, décès d'un proche du parent (Moss et al. 2004);
- Des facteurs de risque environnementaux qui se cumulent: jeune âge de la mère, faible niveau d'éducation, pauvreté, etc. (Cyr et al. 2010);
- La présence de violence conjugale (Zeanah et al, 1999).

Il y a donc un lien important entre la présence d'évènements potentiellement traumatisants et le développement d'un type d'attachement désorganisé pour l'enfant.



L'attachement désorganisé développé chez l'enfant représente à son tour un facteur de risque reconnu pour différentes problématiques :

- 1 à 7 ans :** Problèmes de comportement intériorisés et extériorisés (Fearon et al. 2010; Groh et al., 2012; Madigan et al. 2012);
- 7 à 9 ans :** Troubles cliniques (extériorisés/intériorisés) et idées suicidaires (Dubois-Comtois et al. 2013);
- 12 ans :** Stress émotionnel intense (courbe anormale de production de cortisol, faible capacité de régulation émotionnelle, particulièrement en situation de peur (Spangler et al. 2014);
- 18-23 ans :** Troubles dissociatifs (Carlson et al. 1998), de la personnalité (borderline), et risques suicidaires (Lyons-Ruth et al. 2013).

Les enfants attachés de façon désorganisée sont plus à risque de présenter ces difficultés, car ils ne sont pas équipés pour gérer les situations suscitant de la détresse, ni pour faire face à des situations potentiellement traumatisantes. Ces expériences activent le système d'attachement sans que les informations affectives (pensées, affects, expériences) soient intégrées. L'enfant développe ainsi des représentations multiples, parallèles et fragmentées de soi. Cela le fragilise et le rend plus à risque de développer des états de dissociation et plus vulnérable, s'il vit d'autres événements perturbants, de développer un état de stress post-traumatique.

Selon Bloom (1999), les conséquences à plus longue portée peuvent s'observer plus tard dans la vie adolescente et adulte dans le choix de partenaires intimes qui se montreront négligents, abusifs et trop souvent, violents. Ayant rencontré dans les premières relations des personnes qui sont source de terreur, mais de qui on continue d'espérer du réconfort, ces personnes peuvent être amenées ainsi à ne rien espérer d'autre que ce type de relation dans les liens affectifs à venir.

Plusieurs des parents référés à la protection de la jeunesse ont eux-mêmes vécu de la maltraitance dans l'enfance et ont des séquelles traumatiques. Les enfants suivis en protection de la jeunesse sont exposés doublement :

- Leurs parents présentent différents facteurs de risque qui prédisposent au développement d'un attachement insécurisant et parfois même désorganisé;
- L'enfant vit de la maltraitance de la part de son parent ou dans son milieu familial ou extérieur sans que ce dernier le protège.

Le parent peut ne pas avoir accès aux ressources personnelles pour être sensible et disponible à son enfant et à ce qu'il a vécu. Il arrive parfois, pour différents motifs, que le parent protège l'agresseur plutôt que son enfant victime. Dans les situations où le traumatisme se vit dans la famille, la situation est encore plus complexe pour l'enfant. Cela pose alors un dilemme irrésoluble pour l'enfant: par exemple, lorsqu'une personne survit à un écrasement d'avion, elle peut éviter l'aéroport, mais, lorsqu'un enfant est négligé ou maltraité, il ne peut éviter ni sa maison, ni ses parents. Il faut considérer l'impact pour l'enfant de ne pas être protégé par son parent, peu importe les motifs justifiant cet état de fait.

La neurophysiologie du stress et les impacts de la maltraitance et des expériences de vie adverses sur le développement du cerveau

« Les données de recherche semblent indiquer que les individus qui ont fait l'expérience de formes sévères de stress durant les premières années de leur vie sont fortement à risque d'en vivre les conséquences négatives non seulement durant leur enfance, mais également à l'âge adulte »

(Lemelin et al. 2012)

Lorsque l'être humain est confronté à une situation perçue comme une menace, il est programmé biologiquement pour se protéger du danger. Ce mécanisme de protection interne affecte tous nos systèmes afin de favoriser la mise en place de réaction de **fuite** ou de **combat** et ainsi optimiser nos chances de survie. Dans certaines situations, il peut être utile de **figer**, de se camoufler ou de se soumettre momentanément. Lorsque le système de gestion du stress s'active, c'est donc toute l'énergie et les ressources disponibles qui sont mobilisées pour faire face aux menaces et aux défis. Tout ce qui n'est pas utile dans l'immédiat s'arrête donc!

Il semble que les situations qui contiennent des composantes comme l'impression d'un manque de contrôle, de l'imprévisibilité, de la nouveauté ou un risque pour l'égo génèrent une réaction de stress¹. Apprendre à composer avec un stress léger ou modéré est un élément important du développement sain de l'enfant. Lorsqu'un enfant est confronté à des situations nouvelles ou menaçantes, son corps réagit en quelques secondes en augmentant entre autres son rythme cardiaque, sa pression artérielle, sa vigilance et sa production d'hormones de stress, comme le cortisol. Lorsque les systèmes de réponse au stress d'un jeune enfant sont activés dans le cadre de relations sécurisantes où l'adulte qui s'occupe de l'enfant le rassure et le reconforte, ces effets physiologiques s'estompent et reviennent à des niveaux de base. Le résultat de ce processus répété est le développement d'un système de réponse au stress en bonne santé.

Toutefois, si l'enfant est exposé à des stress extrêmes, de longue durée, et que les relations n'exercent pas un rôle de protection pour l'enfant, le résultat peut être un stress toxique, entraînant des dommages à différents niveaux et touchant même l'architecture de son cerveau. Ces expériences peuvent altérer le système cérébral responsable de son autogestion et de son autorégulation. Des modes altérés de réactivité au stress ont été observés chez les enfants et les adultes ayant été exposés à la maltraitance, ou ayant été négligés par les personnes leur donnant des soins (Tarullo et Gunnar, 2006). Le système de gestion du stress semble se dérégler, produisant des manifestations durables

¹ Voir les travaux de Sonia Lupien sur le stress humain : <http://www.stresshumain.ca/>

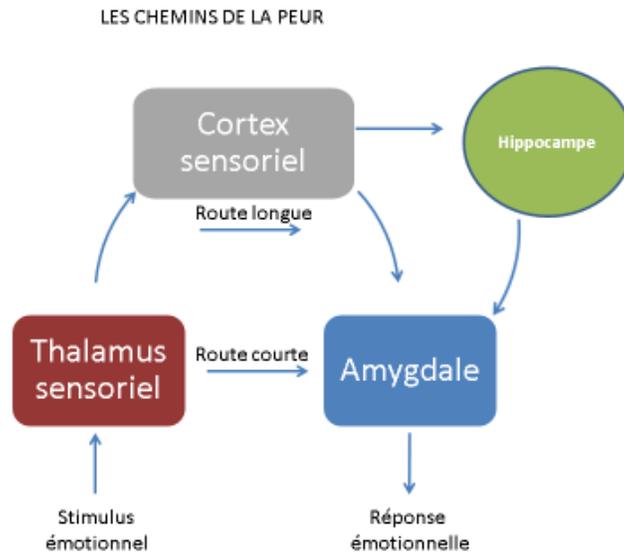
d'hypersensibilité ou d'hyperréactivité. Le stress toxique réfère à une activation fréquente et intense du système de stress qui est dangereuse pour la santé.

En fait, à chaque nouvelle expérience de confrontation ou de danger, le système de fuite ou de combat s'active. Le corps produit alors une forte réponse générant des connexions qui peuvent, à force de se répéter, créer un circuit plus sensible qui se déclenchera, même en face de menaces mineures. La capacité à moduler l'état d'alerte est atteinte et l'enfant peut passer d'un état de calme à un état de grande réactivité sans qu'un observateur externe ait perçu le moindre déclencheur. L'enfant peut aussi se sentir plus facilement menacé ou provoqué et répondre impulsivement dans des situations où il n'y a pas de réelles menaces. Il peut aussi percevoir de la colère ou de l'hostilité dans un visage qui n'exprime qu'un affect neutre. À l'inverse, il semble que certaines expériences de stress répétées puissent altérer la fluctuation normale de cortisol, empêchant à la fois d'avoir l'énergie nécessaire pour traverser la journée et rencontrer les défis de celle-ci et s'endormir quand la courbe diminue pour vivre une régénération.

L'organisme produit aussi d'autres formes de substances qui sont utiles dans la vie de tous les jours, mais particulièrement en période de stress ou de menace. Les endorphines entre autres permettent de calmer l'anxiété, aident à supporter ou soulager la douleur, améliorent l'humeur. Il semble que ce système aussi puisse être altéré suite à des expositions répétées à des stress chroniques provoquant une forme de dépendance chez l'individu aux endorphines. Cela a comme conséquence que certaines personnes ne peuvent fonctionner qu'en provoquant des états de stress, d'agitation, de douleur (automutilation) et en développant des comportements à risque. La production d'endorphines devient ainsi une façon de se donner une forme de réconfort temporaire.

Si les réactions de fuite ou de combat sont efficaces, ou si la personne reçoit la protection nécessaire, l'impact négatif à long terme est amoindri. Cependant, si la personne est incapable, en raison de son âge, de ses caractéristiques ou de son contexte, de se défendre ou de fuir et qu'elle n'est pas protégée, elle peut devenir extrêmement vulnérable et impuissante face à la menace. Elle peut figer face au danger et développer une forme d'impuissance apprise tout en continuant de vivre les impacts du stress dans son corps. Cette forme de paralysie face au danger serait associée à des désordres neuro-psycho-physiologiques et influencerait les stratégies que la personne adopte pour faire face au stress. Les jeunes enfants qui sont négligés ou maltraités ont des courbes anormales de production de cortisol, qui peuvent durer même après que l'enfant a été déplacé vers un foyer sûr et aimant. Par exemple, un bébé n'a pas les outils nécessaires pour fuir ou se défendre, en cas de menace perçue, le bébé manifeste des signaux. Si le bébé n'a pas de réponse sécurisante à ces signaux, il peut éventuellement en cesser l'émission. La seule issue devient alors de figer face au danger répétitif.

Qu'est-ce qui se passe lorsqu'on a peur ?²



Un enfant est assis en classe, il entend un claquement de porte. Il se dit que ce n'est que la porte d'une classe voisine et qu'il n'est pas en danger. Il se remet au travail.

Un autre enfant est assis en classe, il entend le même claquement de porte. Il sursaute, se lève et frappe l'élève devant lui. Le professeur ne comprend pas ce qui s'est passé. Le jeune est puni et retiré de la classe.

Lorsqu'une personne est confrontée à une situation qui lui fait peur ou la menace, cela se fait via un stimulus sensoriel (ici, le bruit du claquement de porte). Le **thalamus** est le passage obligé de tous les messages captés par les sens (la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût).

L'information en provenance de ce stimulus externe atteint l'amygdale de deux façons différentes : par une **route courte**, rapide, mais imprécise, directement du thalamus, et par une **route longue**, lente mais précise, celle qui passe par le cortex.

C'est la **route courte**, plus directe, qui permet de commencer à se préparer à un danger potentiel avant même de savoir exactement ce dont il s'agit. Ces précieuses fractions de seconde peuvent, dans certaines situations, faire la différence pour la survie. **L'amygdale** est une des structures responsables des réactions de protection de soi telles que la fuite ou le combat. Elle joue un rôle important dans l'apprentissage, la mémorisation et la gestion des émotions. De plus l'amygdale coordonne la réponse corporelle à la peur et à l'agression (mains moites, augmentation de la fréquence cardiaque, muscles tendus, etc.). Elle regroupe plusieurs circuits de notre système d'alarme. La voie rapide du thalamus à l'amygdale ne prend pas de risque et donne l'alerte pour tout ce qui semble représenter un danger.

Le stimulus va aussi se rendre, par la **route longue** du thalamus au **cortex** et à l'**hippocampe** donnant accès à la mémoire et aux cognitions. **L'hippocampe** intervient principa-

² Voir *Les deux routes de la peur*, dans *Le cerveau à tous les niveaux*: <http://lecerveau.mcgill.ca>

lement pour permettre d'associer le stimulus au contexte de la situation. Le **cortex** serait impliqué dans la dernière phase de la confrontation à un danger, celle où après la réaction émotive automatique initiale, il est nécessaire de réagir et choisir l'action la plus efficace pour se soustraire au danger. Il permet de corriger ou d'interrompre les réponses qui s'avèrent inappropriées. La planification volontaire d'une réponse émotionnelle adaptée à la situation que permettent les structures mentales supérieures est donc un merveilleux complément au système de réponses rapides et automatiques. Les connexions du cortex préfrontal à l'amygdale permettent aussi d'exercer un certain contrôle conscient sur l'anxiété. Avoir accès aux deux routes est un atout et on peut comprendre pourquoi, dans une perspective évolutive, ces deux voies complémentaires ont pu se mettre en place.

Dans l'exemple mentionné plus haut, l'enfant qui a accès à la route longue peut se dire : *« Ce n'est rien, je suis dans la classe, je ne suis pas en danger, ce n'est que la porte. Mon professeur est là pour moi ».*

Pour les enfants exposés à la maltraitance, qui ont vécu des stress chroniques, le parcours du stimulus vers l'amygdale devient une route bien pavée et de plus en plus rapide et la route longue, un chemin de moins en moins fréquenté. C'est ce qui explique que la personne traumatisée passe fréquemment sans transition d'un état de calme à une explosion. Bloom (1999) explique que la personne réagit comme si elle avait perdu le contrôle du volume du système d'alerte et qu'elle devenait incapable de réguler ses réactions en fonction de l'intensité de la menace ou du stresser. On peut même dire que le jeune enfant qui a vécu dans un contexte de maltraitance n'a pas eu la chance d'apprendre à développer cette capacité à réguler ses états internes. Les zones du cerveau telles que l'hippocampe et le cortex peuvent même s'atrophier (Teicher, 2000, Perry, 2001).

De plus, l'aire de Broca qui est la zone du langage peut elle aussi être réduite, ce qui complexifie pour l'enfant la capacité de mettre des mots sur ce qui l'inquiète ou le perturbe. Les éléments traumatiques peuvent être encodés dans la mémoire non verbale et les réactions de protection peuvent alors être déclenchées inconsciemment. L'enfant qui n'a pas de mots pour transposer son expérience dans un récit va enregistrer l'expérience traumatique sous forme d'images, de sensations, d'émotions, d'impressions et d'images puissantes et envahissantes. Sandra Bloom (1999) parle de « terreur sans mot »: l'enfant ne peut pas parler de ce qu'il a vécu ni même y réfléchir, il ne peut que le revivre.

Ce n'est donc pas uniquement le système lié à la gestion du stress qui peut être touché. L'exposition à la maltraitance et à des conditions adverses dans l'enfance peut affecter le cerveau aux plans de son volume, de sa structure et de son fonctionnement. Le système neuroendocrinien peut aussi être altéré et les réseaux neuronaux dédiés à la protection face au danger être favorisés, au détriment des circuits associés aux apprentissages. Ces impacts sont aussi associés à une diminution de la capacité de régulation des affects et des comportements, ainsi qu'au développement des fonctions exécutives qui permettent l'exécution de tâches cognitives plus complexes telles que la sélection et la planification d'un but, l'anticipation et l'inhibition. Elles sont étroitement liées à la gestion

des comportements, des émotions et aux compétences sociales. L'inhibition par exemple, joue un rôle dans le contrôle de l'impulsivité en permettant au jeune de freiner un élan comportemental.

Heureusement, les connaissances actuelles parlent aussi de plasticité positive du cerveau et donc de la capacité de créer de nouveaux réseaux neuronaux. Les expériences de vie précoces sont en effet des périodes de changement intense au niveau du cerveau. Il semble que le fait de vivre des expériences positives et réparatrices ait un effet sur le développement de l'estime personnelle et que cela puisse éventuellement se refléter dans la taille de certaines régions du cerveau, notamment l'hippocampe. Le fait d'offrir à l'enfant des environnements enrichis, sources de stimulations variées et encourageant les comportements exploratoires pourrait avoir un effet positif et possiblement réparateur. Les expériences qui font vivre à l'enfant qu'il peut avoir du contrôle sur des situations permettraient à celui-ci de développer des stratégies adaptatives de gestion du stress. En effet, si l'enfant perçoit qu'il a du pouvoir sur des situations qui génèrent un stress minimal, cela lui permet de traiter l'information, d'expérimenter des stratégies plus adaptatives aux plans comportemental, émotionnel et cognitif, de consolider son estime de soi et ultimement un développement cérébral plus harmonieux.

En situation de danger, il est plus utile de se battre ou de fuir que de développer des plans ou des stratégies.

Agir plutôt que de penser → Le système limbique (amygdale) plutôt que l'hippocampe et le cortex

Évaluation et intervention

Selon Bloom (1999), les enfants qui ont des séquelles en lien avec un trauma complexe ne doivent pas être considérés ni comme malades, ni comme mauvais, mais plutôt comme des enfants blessés. Cette compréhension change profondément la perspective en termes de soins à donner et des conditions à mettre en place pour favoriser leur résilience. Il est plutôt improductif de chercher à poser des diagnostics sur les désordres que vivent ces enfants. Il faut plutôt s'attarder à trouver pour eux des milieux dans lesquels ils pourront être suffisamment sécurisés pour se risquer à faire les apprentissages qu'ils n'ont pu faire puisqu'ils ont dû mobiliser toutes leurs ressources pour se protéger et survivre.

Lorsque l'intervenant ou la personne s'occupant de l'enfant au quotidien comprend réellement que l'enfant blessé ne fonctionne pas comme un autre, que les impacts des traumatismes ont modifié jusqu'aux structures de son cerveau, que son incapacité à faire confiance le laisse seul et désemparé, il lui est plus facile d'être empathique. L'enfant a parfois très peu de contrôle sur ses réactions, il n'a pas accès à tous les outils pour s'ajuster et pour faire face à tous les défis qui se présentent à lui au quotidien. Le parallèle peut être fait avec un enfant ayant subi de multiples fractures qui n'a pas le pouvoir, même avec toute sa bonne volonté, de contrôler ce qui se passe dans son corps. Il sera nécessaire de le protéger suffisamment longtemps pour mettre en place des conditions de récupération et de réapprentissage graduel. L'enfant doit être encouragé à être un participant actif vers son mieux-être en vivant des défis qui seront ajustés au fil du temps.

Outil proposé :

La notion du
trauma

Annexe 1- FEUILLE DE CONSEILS POUR LES INTERVENANTS

Rassembler l'information, évaluation, dépistage

COMMENT DÉPISTER LES ENFANTS QUI ONT DES SÉQUELLES TRAUMATIQUES?

Ce ne sont pas tous les enfants ayant été exposés à des événements potentiellement traumatisants qui vont développer des symptômes traumatiques. Cependant, il demeure essentiel d'être le plus au fait possible des événements adverses qui ont marqué le parcours des enfants.

Il faut de plus être attentif aux effets cumulés de situations chroniques d'abus qui se répètent pour l'enfant. Celles-ci, prises individuellement, peuvent sembler anodines ou insuffisantes en soi pour causer un tort significatif et peuvent donc échapper au système de protection. En effet, **le fait de traiter les situations individuellement sans les inscrire dans un portrait d'ensemble peut avoir comme effet d'exposer l'enfant à ce qui est décrit comme des dommages cumulatifs ou maltraitance chronique.**

Travailler en intégrant les notions de trauma demande à l'intervenant qu'il s'engage dans un **processus rigoureux de cueillette d'informations où il accepte de remettre en question ses perceptions initiales.** De plus, l'intervenant doit demeurer curieux et ouvert à ce qu'il ne sait pas et ne comprend pas encore.

Attention : Il est utile d'avoir des informations sur le vécu traumatique de l'enfant, mais ce n'est pas essentiel pour intervenir. Dans les situations où l'enfant a vécu de la maltraitance, il faut toujours faire l'hypothèse du trauma et la considérer dans l'intervention. Il faut éviter l'intrusion et des attitudes inquisitrices et plutôt avoir une attitude de sensibilité et de respect pour accueillir, si cela se présente, des informations supplémentaires.

Pour faire une bonne évaluation, il faut :

- ⇒ Répertorier parmi un large éventail les événements traumatiques, ceux auxquels l'enfant a été exposé (comme témoin et comme victime) et déterminer à quel âge et à quelle étape de son développement ils se sont produits. Le type d'exposition, la fréquence, la sévérité, la durée et la source sont tous des éléments importants pour faire un portrait du parcours propre à l'enfant.

« ... les différentes expériences de victimisation, qu'elles prennent place au sein de la famille ou dans l'environnement plus large de l'enfant (école, voisinage, etc.) et qu'elles proviennent d'un parent, d'un autre adulte ou d'un pair, tendent à

être associés les uns aux autres dans la vie des jeunes. Ces derniers, qui cumulent les expériences de victimisation... semblent particulièrement affectés sur divers plans de leur développement.» (Gagné et al., 2012)

Outil proposé :

La notion du trauma

Outil de référence pour le bien-être de l'enfant suivant un trauma
A. Trauma / Histoires de pertes

- ⇒ Évaluer si la personne donnant les soins (parents ou milieu substitut) a subi elle-même des événements traumatiques et en a encore des séquelles.
- ⇒ Connaître l'histoire des placements et des déplacements de l'enfant depuis la naissance (historique des ruptures relationnelles).
- ⇒ Répertorier les symptômes, les comportements à risque, les difficultés de fonctionnement et les retards de développement. Selon Miller et Bromfield (2010), un retard de développement peut être un des éléments clés de séquelles traumatiques avec les difficultés comportementales et un attachement problématique aux adultes prenant soin de lui.

Outils proposés :

La notion du trauma

Outil de référence pour le bien-être de l'enfant suivant un trauma
B. Réactions courantes de stress traumatique
C. Attachement
D. Comportements nécessitant une stabilisation immédiate
E. Réactions / Comportements / Fonctionnement courants

La notion du trauma

Annexe 2- Sphères du fonctionnement atteintes chez l'enfant exposé à des traumatismes complexes³

³ Traduit à partir de Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. et Van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. National Child Traumatic Stress Network.

- ⇒ Réunir toutes informations pertinentes à partir des entrevues cliniques, de mesures standardisées et d'observations.
- ⇒ Recueillir de l'information de sources variées (enfant lui-même, parents, membre de la famille élargie, adultes responsables de l'enfant à la garderie ou l'école, autres professionnels).
- ⇒ Tenter de comprendre comment les différents événements peuvent avoir eu un impact sur le développement de l'enfant.
- ⇒ Rechercher les éléments qui rappellent à l'enfant le traumatisme et qui provoquent des symptômes ou des comportements problématiques.
- ⇒ Travailler si possible en équipe multidisciplinaire.
- ⇒ Utiliser l'information rassemblée à partir des outils en se rappelant que ceux-ci ne présentent pas de repère lié aux nombres d'éléments cochés indiquant que l'enfant est plus à risque de développer des séquelles traumatiques. L'intervenant doit utiliser son jugement clinique pour les interpréter. Ces outils permettent une collecte rigoureuse tenant compte de la notion de trauma et favorisent une réponse plus adaptée aux besoins de l'enfant.

Se questionner sur les symptômes

Le développement est un processus de maturation et d'apprentissage qui se poursuit à chacune des étapes de la vie. La recherche démontre que l'enfant exposé à la violence est à risque de présenter des retards de développement, particulièrement dans la sphère de l'attachement, la réussite scolaire, la socialisation.

Les symptômes présentés par l'enfant sont souvent la résultante d'efforts de celui-ci

Certains signes que cela ne va pas chez les jeunes enfants :

- Hyper ou hypo tonie (Tonus musculaire)
- Bébé n'explore pas son corps ni les objets
- Absence de vocalises
- Ne s'engage pas dans les échanges mutuels
- Bébé trop peu ou trop réactif
- Absence de gestes de rassemblement⁴
- Problème de sommeil, d'alimentation
- Retard staturopondéral (ratio taille/poids)
- Retard de développement
- Infections, fièvres inexplicables

pour s'adapter et survivre dans certaines situations extrêmement stressantes ou dangereuses. Ces stratégies défensives d'adaptation (« coping ») sont par la suite utilisées dans différents contextes où l'enfant n'arrive pas à s'ajuster et peuvent même devenir nuisibles. Certains symptômes peuvent être dus à des retards de développement liés à un manque de stimulation ou à l'effet délétère du stress sur certaines régions du cerveau.

Manifestations des traumatismes chez l'enfant plus âgé :

- Cauchemars et phobies illustrant la peur
- Pensées intrusives
- État d'alerte où l'enfant est agité, tendu
- Difficulté à dormir ou excès de sommeil
- Grande méfiance envers autrui ou absence de frontières
- Présence de rigidité, peur des changements et de la nouveauté
- Conduites impulsives
- Manque de concentration
- Répète inconsciemment l'expérience traumatique en provoquant le chaos, le rejet, la violence
- Troubles de comportement
- Difficulté dans le fonctionnement cognitif et neurologique
- Difficulté dans le fonctionnement social et affectif nuisant aux relations

La notion du trauma

Annexe 3- Symptômes et comportements associés à une exposition traumatique

⁴ Les petits bébés qui vont bien ont tendance à rassembler leurs membres supérieurs. Pendant les trois premiers mois de leur vie, la posture du corps la plus fréquente correspond à l'enroulement fœtal. Toute posture d'extension pendant cette période est, soit une posture de stress, soit une posture liée à une lésion cérébrale. Au contraire, les bébés en tension sont tendus, arc-boutés, éparpillés. Ils ont parfois l'air de poupées désarticulées.

Débusquer les déclencheurs

Connaître les stimuli déclencheurs de l'enfant

Lorsque l'on a de bonnes raisons de croire que l'enfant a vécu de la maltraitance, de la négligence, qu'il a vécu différents événements potentiellement traumatiques et qu'il présente différents comportements ou symptômes qui apparaissent comme des séquelles traumatiques, il est nécessaire de s'intéresser à ce qui peut provoquer chez lui des réactions automatiques de stress. On appelle « déclencheur » tout ce qui provoque une émotion, une cognition, une réaction physiologique ou un flash-back chez l'enfant traumatisé et qui le ramène ou le met en contact avec une expérience traumatique antérieure. Ces reviviscences peuvent survenir par exemple lors d'une situation de jeu (la sirène d'une petite auto ou un fusil jouet) ou de la vie quotidienne (par exemple se faire coiffer) et rappeler inconsciemment un moment de violence ou d'abus vécu. Les déclencheurs sont très personnels et aussi variés qu'il existe des expériences et des façons de les vivre. L'enfant peut commencer à éviter les situations et stimuli associés pour lui au flash-back. Il peut réagir avec une intensité émotionnelle similaire à celle ressentie au moment du traumatisme. Les déclencheurs peuvent être activés par un ou plusieurs des cinq sens: la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût. Selon Blaustein et Kinniburgh (2010), certains déclencheurs peuvent être non spécifiques et par le fait même plus difficilement repérables. Cela amène les adultes qui prennent soin de l'enfant à faire un véritable travail de « détective des sentiments ». L'enfant doit être soutenu et l'adulte doit chercher avec lui ce qui déclenche certaines réponses automatiques de fuite, combat ou paralysie. Par exemple, un enfant peut réagir à la mise en place d'une routine. Il peut avoir l'impression que l'on tente de le contrôler d'une manière qui constitue une menace pour lui. L'enfant peut aussi réagir à une forme ou l'autre de renforcement positif. L'enfant n'est habituellement pas conscient de ses déclencheurs et ne peut donc pas faire le lien avec les comportements manifestés en lien avec ceux-ci. Cela demande donc que les adultes qui prennent soin de lui fassent un réel travail d'enquête pour l'aider à mieux comprendre ce qui se passe. Cependant, ce travail doit se faire de façon respectueuse : il est inutile de questionner l'enfant de façon incessante face aux situations qui ont contribué à éveiller ces déclencheurs. Il s'agit plutôt d'être à l'affût au moment où cela se passe.

Exemples de déclencheurs :

VOIR :

- Quelqu'un qui ressemble à l'adulte à la source du trauma ou qui a des traits ou des attributs semblables (Ex. : vêtements, couleur des cheveux, démarche particulière);
- Une situation qui rappelle la violence (Ex. : violence verbale ou physique, geste plus subtil associé à la colère ou l'agressivité comme des gros yeux, des sourcils levés);
- Un objet qui a été utilisé lors des situations traumatiques;

- Des objets qui sont associés à un lieu où se sont produits des évènements traumatiques (Ex. : bouteille d'alcool, meuble, période de l'année);
- Tout lieu lié aux traumas (Ex. : emplacements spécifiques dans une maison tels que la chambre).

ENTENDRE :

- Tout ce qui ressemble à la colère (Ex. : cris, reproches, coups de poing sur la table, quelque chose que l'on déchire);
- Tout ce qui ressemble à la douleur ou la peur (Ex. : pleurer, chuchoter, crier);
- Tout élément sonore qui aurait pu être entendu et qui rappelle des situations traumatiques (Ex. : sirènes de police ou pompier, musique, voiture, fermeture de la porte, ton de voix d'une personne, sifflement);
- Certains mots liés aux évènements (Ex. : jurons, critiques, mots spécifiques utilisés).

SENTIR :

- Une odeur associée à une personne qui rappelle le trauma (Ex. : tabac, alcool, drogue, après-rasage, parfums);
- Une odeur qui fait penser à l'endroit où le traumatisme a eu lieu (Ex. : cuisson des aliments, le bois, produits ménagers);

TOUCHER

- Être en contact avec ce qui rappelle le trauma (Ex. : certains contacts physiques, quelqu'un qui se tient trop près, caresser un animal, la façon dont une personne nous approche);

GOUTER

- Quelque chose relié au trauma (Ex. : certains aliments, alcool, tabac).

Exemples de rappel non-spécifique

De nombreuses autres circonstances peuvent être ressenties par l'enfant comme une menace, une perte de contrôle et générer une réponse automatique à ce stressor, de fuite, de combat ou de « paralysie ». Cela peut prendre toute sorte de formes, dont voici quelques exemples :

- Se faire demander quelque chose dont on ne se sent pas capable, en classe ou à la maison
- Se faire refuser quelque chose
- Se retrouver seul dans la noirceur
- Ressentir la faim, la soif
- Se faire donner une directive, une consigne
- Devoir attendre
- Subir un changement, un imprévu
- Recevoir de l'attention positive
- S'ennuyer
- Être malade
- Être dans un lieu bruyant, avec beaucoup de monde

Décoder ce qui déclenche les réactions excessives au stress demande une observation attentive et patiente de la part des adultes s'occupant de l'enfant. À ce titre, il serait intéressant, de se poser les questions suivantes et d'y réfléchir avec l'enfant et les adultes qui en prennent soins:

- ⇒ Quels sont les déclencheurs de cet enfant?
- ⇒ Est-ce que les déclencheurs sont connus et pris en compte par les personnes qui prennent soin de l'enfant?
- ⇒ Quelles sont les actions à mettre en place?

Outil proposé :

La notion du
trauma

Annexe 4- Jouer aux détectives de sentiments : débusquer les stimuli déclencheurs avec l'enfant et ses solutions d'apaisement

Consigner, partager l'information

Pour offrir des services qui soient efficaces, il faut que les personnes constituant le réseau d'aide (les différents professionnels entourant l'enfant, les parents, les parents substituts) collaborent et s'organisent. Il est parfois ardu pour les différents intervenants qui gravi-

Parfois les familles et les personnes gravitant au quotidien autour de l'enfant n'ont pas assez d'informations et ne sont pas avisés de certaines précautions à prendre.

tent autour de l'enfant de se coordonner et de communiquer tout en respectant les droits des usagers en matière de confidentialité. Un des éléments à réfléchir pour pouvoir mieux aider l'enfant est de créer un système de soins autour de lui. **Nous croyons que certaines informations, du type « cet enfant n'aime pas être touché » ou « l'enfant craint tel environnement » ou " tel type de personnes ", devraient pouvoir être communiquées sans mettre à mal le respect du droit à la confidentialité.** Il est aussi important de transmettre aux parents de l'enfant que, pour aider véritablement celui-ci, il est important de pouvoir mettre ensemble certaines informations. Il faut aussi que l'on trouve les facteurs déclencheurs et que l'on puisse en informer les personnes qui prennent soin de l'enfant au quotidien afin que ceux-ci participent au travail de dépistage et que l'on réfléchisse ensemble aux meilleures stratégies à mettre en place pour apaiser et aider l'enfant à se sentir mieux.

Dans les situations complexes (problématique familiale avec antécédents psychiatriques, TDAH, consommation, etc.), **il faut travailler en évitant l'isolement.** Le recours à du soutien clinique spécialisé doit être envisagé. Les demandes doivent être acheminées rapidement avant que la situation soit irrécupérable (par exemple, obligation de déplacer un enfant en situation de crise). Les évaluations psychologiques demandées doivent être bien utilisées. Il ne faut pas regarder ces enfants seulement sous l'angle du trauma, mais aussi prendre en compte leur bagage et leur héritage génétique. Par exemple de nombreux parents qui maltraitent leurs enfants ou qui sont incapables de les protéger, ont un TDAH, présentent des problématiques de santé mentale ou ont eux-mêmes des séquelles traumatiques liées à leur propre histoire relationnelle. Ces éléments confirment l'importance de travailler de façon interdisciplinaire dans la situation de ces enfants.

Intervention: favoriser la résilience

Pour intervenir selon les meilleures pratiques, il faut s'assurer que les professionnels connaissent bien les étapes du développement de l'enfant et comprennent les impacts du trauma sur ce développement. De ce fait ils devront s'intéresser davantage à l'aspect du trauma, et poser des actions qui minimisent les risques de causer des effets négatifs supplémentaires. La vigilance envers toute action qui pourrait être perçue par l'enfant comme s'additionnant au trauma, devrait prendre place dans la pensée quotidienne de la communauté clinique, quel que soit la fonction de la personne. Le premier traitement à offrir à l'enfant qui vit des séquelles en lien avec des traumatismes vécus est de lui permettre de développer un sentiment de sécurité. Il faut s'assurer de mettre fin à la négligence et à la maltraitance et que l'enfant reçoive une réponse à l'ensemble de ses besoins. Il faut lui offrir un environnement physique, affectif et sensoriel qui lui permet de ne pas se dysréguler davantage et qui favorise l'acquisition, le développement et la consolidation d'habiletés d'autorégulation. Il est primordial de soutenir et promouvoir des liens relationnels stables dans la vie de l'enfant afin qu'il puisse reprendre un développement optimal.

Se rappeler que chaque enfant et chaque situation familiale sont uniques et qu'il faudra trouver et mettre en place ce qui convient à cet enfant, à cette famille. Malheureusement, pas de truc infallible avec tous!

Devant les comportements difficiles à comprendre, manifestés par les parents ou l'enfant, voici quelques repères fournis par plusieurs sources de connaissances sur le trauma:

- S'assurer d'avoir en tête la possibilité de séquelles traumatiques dues à la maltraitance chez l'enfant;
- Considérer que les parents vivent peut-être eux-mêmes avec des séquelles traumatiques, qu'ils en soient ou non conscients;

Dans un tel cas, garder à l'esprit le schéma inconscient de réponses activées dans le cerveau par un stress, pour mieux interpréter les comportements de l'enfant ou du parent.

Blaustein et Kinniburgh (2010) illustrent ainsi quelques expressions possibles de ces réactions au stress :

- ⇒ **Fuir** : s'isoler socialement, éviter les autres, se sauver, fuir;
- ⇒ **Combattre** : agresser, être irrité, colérique, s'éparpiller, avoir du mal à se concentrer, ne pas tenir en place;
- ⇒ **Figier** : restreindre son expression émotionnelle, nier ses besoins, inhiber son comportement, se soumettre à outrance.

- Se rappeler que le stress traumatique en bas âge peut avoir affecté le développement de l'ensemble des ressources de la personne et avoir entravé le déploiement des capacités cognitives supérieures (raisonnement, autocontrôle, résolution de problèmes). La personne ne fait pas exprès pour choisir de mauvaises stratégies, elle n'a possiblement pas pu en développer d'autres, ou encore, il peut être difficile pour elle d'en apprendre des nouvelles. La réponse au stress est devenue une réponse automatique comme si la personne était **toujours** en situation de survie;
- Ne jamais perdre de vue que l'intervenant peut être remué et percuté par ce qu'ont vécu et vivent encore les parents et les enfants auprès desquels il travaille. Il est important de rester sensible à ce qu'on éprouve soi-même et de se donner des moyens pour se réguler et ainsi mieux intervenir. Ne pas hésiter à aller chercher tout le soutien disponible dans l'environnement de travail et autour;
- Il est nécessaire d'apaiser la personne, de diminuer son état d'alerte, si on veut pouvoir échanger avec elle. Tant que la perception d'une menace n'est pas éteinte ou vraiment diminuée, la personne peut difficilement dialoguer, raisonner;
- Se questionner et anticiper le plus possible ce qui peut déclencher des réactions d'anxiété, d'insécurité, de stress. En fait, tout ce qui peut amener l'enfant ou le parent à se sentir menacé;
- Rester sensible aux possibilités d'hypo ou hyper sensibilité qui peuvent amener l'enfant à sous ou sur réagir aux stimuli de nature sensorielle. Par exemple, un enfant qui a une hyper sensibilité sensorielle peut réagir fortement à un contact physique anodin, comme s'il avait été brusqué. Un petit que l'on prend dans les bras peut exprimer un fort sentiment d'inconfort lors d'un changement de posture. Lorsqu'on observe de telles réactions, prévenir l'enfant à l'avance, le préparer au changement nécessaire de position ou au contact physique. Ne pas hésiter dans ces cas à consulter en ergothérapie;
- S'interroger sur les actions qu'on doit poser et identifier celles qui pourraient être source de stress pour le parent ou l'enfant et tenter de les rendre les plus prévisibles possible;
- Offrir explications, repères et réconfort, en étant attentif au langage verbal et non-verbal employé pour communiquer avec la personne afin que le message soit apaisant. L'intervenant doit d'abord réguler ses propres émotions afin de s'assurer de ne pas contaminer son message.

LORSQUE L'ENFANT VIT AVEC SES PARENTS

Le parent vivant une situation pouvant occasionner des traumatismes a besoin d'être soutenu pour bien actualiser son rôle parental en lien avec les particularités de son enfant.

Lorsqu'un enfant est maintenu dans son milieu familial, il faut tenter d'aider le parent à mettre fin aux situations potentiellement traumatisantes et à être capable de répondre aux besoins de son enfant fragilisé par des expériences adverses. Les enjeux de cette intervention sont importants puisque dans une situation de succès, cela fera en sorte que l'enfant ne sera pas déplacé, entraînant une rupture relationnelle qui peut être une nouvelle source de traumatisme.

Toutefois, le parent comme personne a souvent lui-même des difficultés ou une histoire de vie où il a cumulé plusieurs événements qui l'ont traumatisé. Pour plusieurs, ce passé est non résolu et interfère dans leur vie personnelle avec des impacts sur plusieurs aspects (emploi, stabilité, relations interpersonnelles, victimisation, isolement, etc.). Il faut donc les aider à mieux comprendre ces enjeux afin de les mobiliser à demander une aide au plan personnel et amorcer les changements nécessaires.

Il est important de considérer que les parents réfugiés ou qui ont une expérience de migration d'un pays où sévit la guerre, un système oppressant ou des désastres naturels, peuvent aussi être aux prises avec des traumatismes non résolus. L'expérience même de la migration avec les ajustements à une nouvelle culture, un nouveau système de valeurs peut aussi être une source significative de stress qui augmente la vulnérabilité de la famille et par le fait même celle de l'enfant. La consultation et la supervision professionnelle avec des experts sur les questions de l'intervention interculturelle peuvent aider l'intervenant à mettre en perspective les besoins de l'enfant et les problématiques familiales.

Un des éléments favorisant la résilience de l'enfant est le fait que son parent s'engage dans une démarche face à lui et accepte la responsabilité de l'avoir exposé à de la maltraitance ou de ne pas l'avoir protégé. Cette démarche du parent face à son enfant est profitable, que l'enfant demeure avec son parent ou qu'il soit placé dans la famille élargie ou dans un milieu substitut. Souvent l'enfant ressent de la honte, de la culpabilité et se sent responsable de ce qui lui est arrivé. Parfois aussi l'enfant a été dans une position de renversement de rôle, ayant tenté de prendre en charge son parent et il peut se sentir encore responsable et impuissant face à ses vaines tentatives pour aider ou changer son parent. Lorsqu'un professionnel rassure l'enfant sur le fait qu'il se préoccupe de l'état du parent, l'enfant peut se sentir soulagé.

Lorsque l'enfant est maintenu dans son milieu familial, bien que la compromission ait été statuée, l'intervenant doit demeurer alerte aux comportements ou verbalisations de l'enfant, à ses réactions en présence de son parent, à la relation entre eux. L'intervenant doit aussi s'assurer de rencontrer l'enfant sans la présence de ses parents pour lui permettre de s'exprimer, connaître ses difficultés et ses besoins.

La notion
du trauma

Voir l'annexe 5 pour la feuille de conseils pour les parents

LORSQUE L'ENFANT DOIT ÊTRE PLACÉ

Si la situation vécue par l'enfant nécessite qu'il soit placé ou déplacé, il faut toujours considérer que le placement est un moyen pour protéger l'enfant, pour veiller à sa sécurité et à son développement. C'est une intervention qui vise le « moindre mal » pour l'enfant. Il faut toutefois considérer le placement comme pouvant être perçu par celui-ci comme un nouvel événement traumatique s'ajoutant à ce qu'il a déjà vécu. Ceci dit, certains enfants vivent le placement comme un soulagement, un havre de sécurité où ils se sentent enfin compris. Il faut garder en tête que chaque situation est unique. L'important est qu'il faut en tout temps préparer l'enfant et l'informer de ce qui lui arrive.

On doit aussi prendre en compte qu'on le retire de son milieu de vie et qu'on le sépare de ses parents avec qui il peut avoir développé un lien d'attachement si ceux-ci ont été présents suffisamment et lui ont offert les soins, malgré les épisodes de maltraitance. Bien que ce lien ne soit possiblement pas sécurisant, c'est tout de même avec eux qu'il a créé des racines. Dans d'autres situations, l'enfant peut ne pas avoir réussi à créer des liens avec ses parents qui ont été trop absents et qui l'ont confié à répétition à différents adultes. Il faut donc prendre le temps de réfléchir pour chaque enfant aux liens qu'il a développés et à la qualité de ceux-ci. De plus, l'enfant placé se retrouve dans un nouveau milieu de vie que nous, adultes, savons sécuritaire, mais qui lui est tout à fait étranger. Il est important pour un jeune enfant de pouvoir maintenir ses repères. Par exemple, l'intervenant doit être sensible aux repères olfactifs du milieu de vie de ses parents (toutou, doudou, vêtements). Les odeurs familiales peuvent être sécurisantes pour l'enfant qui est séparé de son milieu. Il faut donc aviser le milieu d'accueil à l'arrivée de l'enfant. Par contre, dans le cas d'un enfant victime de traumatismes dans son milieu familial, il faut détecter si ces repères sont sécurisants ou non. Il faut aussi expliquer à l'enfant nos interventions, le sens de nos actions, en le faisant de façon adaptée à son âge. Il ne faut pas minimiser l'impact de nos actions cliniques sur l'enfant, bien que l'on agisse pour son bien. La planification de l'intervention lors d'un placement, le raisonnement clinique, le savoir-être et le savoir-faire sont fort importants, dans l'intérêt de l'enfant.

Lorsque le retour de l'enfant auprès de ses parents est prévu, il faut que ceux-ci soient conscients que même s'ils effectuent des changements personnels et dans leur environnement, l'enfant aura quand même à développer un sentiment de confiance et de sécurité. Les parents devront donc être accompagnés pour comprendre les impacts que les expériences traumatiques ont eus sur leur enfant et pour développer des stratégies d'accompagnement. De plus, un travail sur la relation sera nécessaire pour faciliter la réunification.

Il faut être au fait de cette réalité pour ne pas que l'on « soigne » l'enfant et qu'on le retourne dans son milieu sans avoir eu un impact sur le parent.

Lorsque nous effectuons une démarche de projet de vie et que l'alternative d'un retour auprès des parents n'est pas possible et que celle-ci tend à ce que l'enfant soit maintenu en milieu de vie substitut à plus long terme, jusqu'à sa majorité ou en vue d'adoption, l'intervention auprès de ce milieu est primordiale, surtout dans le cas d'un enfant ayant été victime de traumatismes. Pour éviter un déplacement et assurer une stabilité et une per-

manence du milieu de vie et de ses nouvelles figures d'attachement, l'intervention devrait être la plus intensive possible auprès des parents d'accueil et de l'enfant minimale-

Les enfants traumatisés ont besoin d'adultes qui leur offrent calme, patience, sécurité et une réponse de qualité à leurs besoins. Ces mêmes adultes doivent pouvoir créer pour l'enfant un havre de sécurité, un endroit qui lui permettra éventuellement de développer un système d'alarme qui fonctionne de façon plus ajustée.

ment pendant les 3 à 5 premiers mois du placement. Ces personnes doivent être conscientisées à l'effet que cette période sera plus difficile, mais que si elles sont patientes et qu'elles tiennent le coup, elles permettent à l'enfant de reprendre son développement et plus précisément à son cerveau de retrouver un fonctionnement normal.

Par ailleurs, lorsque l'enfant est placé, on devra évaluer si celui-ci peut avoir des contacts avec ses parents et si ces moments devront ou non être supervisés. Il faut tenir compte des besoins de l'enfant, de son meilleur intérêt et les prioriser dans l'organisation des contacts avec ses pa-

rents. Bien que l'enfant ait vécu de la maltraitance de la part de ses parents (négligence, abus, non-protection, etc.) ceux-ci demeurent ses figures d'attachement et comme mentionné antérieurement, en être séparé a des impacts non négligeables.

Si le contact risque de raviver certains souvenirs traumatiques, il est possible de penser à différentes stratégies pour favoriser le contact de façon à répondre aux besoins de l'enfant. L'intervenant peut alors organiser différentes formes de contacts indirects tels que l'échange de lettres, des contacts vidéo ou mettre en place des visites qui sont supervisées. Si ce n'est pas l'intervenant responsable de l'enfant qui effectue la supervision, des intervenants qui observent la visite doivent être informés de la situation de l'enfant, des difficultés des parents et des réactions ou comportements de l'enfant lors des visites supervisées. L'intervenant doit savoir sur quoi centrer son attention et veiller à la protection de l'enfant tant sur le plan physique que psychologique.

Dans certains cas, la visite de l'enfant avec ses parents peut déclencher des souvenirs traumatiques. Parfois, le simple fait d'entendre parler de son parent peut raviver des craintes chez l'enfant. C'est pourquoi il faut documenter les visites (avant, pendant et après) et les évaluer régulièrement (la fréquence, la durée, la qualité de la rencontre et la capacité du parent d'être rassurant ou non). Lors d'un placement, tout doit être mis en place pour sécuriser l'enfant.

INTERVENTION QUOTIDIENNE AUPRÈS DE L'ENFANT, QUELQUES PISTES POUR L'ADULTE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT AU QUOTIDIEN⁵

(Famille d'accueil, intervenant de réadaptation)

Les pistes d'action proposées ci-après s'adressent aussi bien aux familles d'accueil qu'aux intervenants de réadaptation qui partagent le vécu de ces enfants, soit dans la communauté ou dans un milieu de réadaptation. Il importe de signaler que les familles d'accueil régulières et particulièrement les familles d'accueil de proximité ont besoin d'être accompagnées et guidées par les intervenants de la prise en charge et des ressources pour développer cette compréhension différente et les stratégies d'intervention qui en découlent. Le soutien à offrir aux familles est d'une importance cruciale dans les premiers mois d'arrivée d'un enfant ayant connu un vécu traumatique. Puisqu'ils partagent le quotidien des enfants placés, les intervenants de réadaptation, ont également besoin de s'approprier ces concepts, mais leur formation de base et en cours d'emploi leur facilite l'utilisation de ces connaissances.

Répondre aux besoins de sécurité et d'attachement de l'enfant

En plus, des actions mentionnées plus haut à propos de la prévention et de la gestion des sources de stress qui peuvent susciter des comportements difficiles, les adultes qui partagent le quotidien de l'enfant peuvent répondre aux besoins de sécurité et d'attachement, notamment par les précautions suivantes :

- Mettre en place et maintenir au quotidien des routines de vie stables et prévisibles. Si jamais on doit y faire exception, prévenir autant que possible l'enfant à l'avance et le rassurer en l'aidant à anticiper la suite des choses. Ceci est important même si cela fait réagir l'enfant car c'est une occasion de travailler avec lui la prévisibilité et ses capacités adaptatives. Cela crée aussi des occasions pour lui d'utiliser l'adulte pour s'apaiser;
- Établir des rituels, des traditions, des éléments familiaux dans la vie de l'enfant susceptibles de devenir des repères positifs qu'il pourra anticiper, espérer et dont il pourra se rappeler, par exemple: anniversaire, Halloween, temps des fêtes, etc. Pour plusieurs enfants au vécu traumatique, le temps n'est qu'une succession de moments présents, sans lien les uns avec les autres;
- Avant de s'engager et de « promettre » quelque chose à l'enfant, s'assurer que l'on soit capable de le réaliser, afin de ne pas mettre en péril la confiance qui peut commencer à s'installer.

⁵ Le contenu qui suit est fortement inspiré du modèle ARC

- Devant les comportements perturbés de l'enfant, prendre le temps de se réguler comme adulte avant de donner suite aux comportements de l'enfant. Se rappeler que l'enfant est sensible au langage non-verbal, aux attitudes corporelles de l'adulte, au-delà des mots.

Observer l'enfant pour découvrir dans quelle mesure il bénéficie de la proximité avec l'adulte : être à l'affût du degré de proximité dans lequel il se sent confortable en présence de l'adulte sans se sentir envahi ou contrôlé.

Soutenir la régulation des émotions

- Lorsque l'enfant manifeste par ses paroles ou comportements un inconfort, le rassurer sur le fait qu'on l'entend bien, qu'on voit qu'il n'est pas bien, qu'il aura réponse à son besoin, même si on ne peut le faire immédiatement. Si on lui dit qu'on lui revient dans quelques instants, s'assurer de pouvoir le faire ou au moins lui manifester qu'on ne l'oublie pas;
- Lorsque l'enfant présente un comportement perturbateur ou inapproprié, lui faire savoir qu'on voit dans quel état il est, qu'on comprend qu'il n'est pas bien et qu'on souhaite répondre à son besoin sans qu'il ait à se mettre dans cet état d'inconfort;
- Aider l'enfant à se rendre compte des sensations corporelles qu'il vit lorsqu'il est stressé, se sent mal ou est fâché, première étape souvent utile avant d'aider celui-ci à reconnaître, réguler puis exprimer autrement ses émotions;
- Aider l'enfant à mettre des mots sur ce qu'il ressent, sur ses émotions, en commençant à les identifier pour lui, puis de plus en plus, avec lui;
- Aider l'enfant à comprendre son mode de fonctionnement face aux situations qui génèrent du stress pour lui et à se déculpabiliser face à ses comportements plus difficiles, ses succès. Cela ne signifie pas le déresponsabiliser, puisqu'apprendre à réguler son système d'alarme permettra à son cerveau d'accéder à d'autres possibilités.

Outil proposé :

La notion du trauma

Annexe 6 - Expliquer le cerveau blessé aux enfants et à leurs parents

- Proposer à l'enfant différentes activités ludiques qui lui permettent de vivre des stress modérés ou des défis (par exemple une activité qui implique des efforts physiques) avec le soutien d'un adulte afin de l'aider à développer et à pratiquer des stratégies positives ;
- Aider l'enfant à développer un sentiment de maîtrise et de pouvoir en évitant de lui faire vivre d'autres expériences lui faisant ressentir de l'impuissance, en lui offrant des choix, même si limités, plutôt que le contraindre;
- Développer avec l'enfant une complicité pour repérer avec lui (devenir ensemble des « détectives de sentiments »⁶) quelles sont les situations dans lesquelles il se sent particulièrement mal et qui lui font activer sa réponse de stress, pour l'aider à être mieux;
- Favoriser les expériences qui permettent à l'enfant de pratiquer et d'utiliser des stratégies d'expression positives et de reconnaître les moments ou contextes appropriés pour le faire;
- Rester vigilant face à un enfant qui passe davantage inaperçu, distant : il peut être tout aussi stressé, apeuré que celui qui réagit par la fuite ou le combat;
- Soutenir l'enfant dans la recherche de moyens qui lui conviennent pour ramener le calme dans son corps, ramener son énergie à un niveau confortable (par exemple, respiration ventrale, postures de yoga, etc.) Selon l'âge de l'enfant, divers moyens peuvent être identifiés avec lui. L'ergothérapie propose une multitude de moyens sensoriels qui peuvent être mis à profit dans ce but. Le traitement sensoriel offert dans le cadre d'un suivi en ergothérapie peut être une occasion d'offrir à l'enfant un autre espace pour être rassuré.

Favoriser le développement de compétences

- Soutenir l'enfant dans l'expérimentation d'activités où il pourra construire de nouvelles compétences, découvrir graduellement ce qu'il apprécie, ce dans quoi il a du plaisir et peut-être du talent;
- Exposer l'enfant à des situations d'apprentissage variées (sur le plan de la motricité globale, expression artistique, cognitive, musicale, etc.). Les activités d'expression non-verbale (dessin,

⁶ Voir annexe 3

poésie, musique, etc.) peuvent fournir à l'enfant des outils qui pourraient lui permettre d'exprimer son ressenti de façon constructive;

- Encourager les intérêts positifs de l'enfant et prêter attention à ce qu'il aime : collection, lecture, jeux, etc. et l'encourager si possible à partager avec d'autres enfants;
- Accompagner l'enfant dans la prise de conscience de ce qu'il apprend, en explorant les façons de faire qui le conduisent à une réussite, pour qu'il s'approprie un pouvoir sur sa vie;
- Profiter de toutes les occasions possibles pour élargir son vocabulaire, ses connaissances en général, ce qui aidera aussi à le faire dans le registre des émotions;
- Donner à l'enfant l'occasion d'entendre l'adulte faire à haute voix la démarche de résolution de problème (en vrac, accueillir sa propre réaction émotive, se calmer et prendre du recul, analyser ce qui se passe, penser des solutions possibles et leurs conséquences, faire un choix);
- Guider l'enfant à pratiquer la démarche de résolution de problème, en l'aidant à prendre le temps de faire les étapes. Pratiquer dans des circonstances plus paisibles, car il sera longtemps difficile de le faire dans des circonstances conflictuelles « à chaud »;
- Donner à l'enfant des occasions lui permettant de faire des choix et de prendre des décisions dans des contextes hors stress (pratiquer la route longue de son cerveau).

Soutenir l'intégration des expériences traumatiques

La visée ultime de l'intervention demeure de permettre à l'enfant de « digérer » en quelque sorte ce qu'il a vécu de traumatique et de s'en dégager le plus possible pour vivre plus harmonieusement. Il faut bien se dire que cet aboutissement peut demander bien plus d'années et de traitement que l'on ne pourra en offrir. Toutes les stratégies d'intervention dont il a été question sont des interventions pour réduire les impacts des traumatismes et aider la personne à se construire suffisamment pour être capable de graduellement affronter ces éléments pénibles de son histoire.

Il faut bien comprendre qu'il n'est pas strictement nécessaire d'arriver à cette étape d'intégration de l'expérience traumatique pour conclure avoir fait une intervention pertinente. Dans bien des cas, ce sera l'histoire d'une vie que d'apprendre à se dégager des aspects sombres de la maltraitance vécue et de se réconcilier avec ce passé que l'on ne peut changer.

- Ne jamais insister pour que l'enfant parle de ce qu'il a vécu de traumatique dans sa famille, mais se préparer à être disponible s'il y fait allusion ou ouvre une porte. Surtout, écouter sans interpréter, ni juger. Se garder de tout jugement sur la famille, ce qui ne ferait qu'exacerber des conflits de loyauté;
- Si l'enfant devient disponible à aborder son vécu traumatique, il est important, s'il y a plus d'un intervenant impliqué dans sa situation, de bien se coordonner à savoir qui est le mieux placé pour recevoir et accompagner l'enfant dans cette démarche. Il est essentiel qu'aborder le vécu traumatique ne devienne pas une nouvelle occasion d'être heurté, blessé; (voir encadré sur la psychothérapie);
- Aider l'enfant, lorsqu'il est disponible et que le contexte est favorable, à donner un sens à son histoire et à ses expériences actuelles.

Comment savoir que l'enfant va mieux?

Une des clés de l'intervention est d'en mesurer les effets pour s'assurer qu'elle a un impact positif sur l'enfant en développement.

Est-il capable de mieux jouer, se concentrer, participer, se relier?

(Miller 2007)

Réfléchir à la psychothérapie

Il arrive que l'intervenant soit confronté à la souffrance massive de l'enfant et qu'il désire le référer en psychothérapie pour le soulager ou offrir un soulagement à la famille. Lorsque l'intervenant vit de l'impuissance, il souhaite trouver des façons d'apaiser ce sentiment en offrant d'autres formes de services que ce qu'il offre déjà. Cependant, l'enfant peut ne pas être prêt à entreprendre une thérapie pour différentes raisons. La rencontre en face à face avec un adulte qu'il ne connaît pas peut représenter une menace. L'enfant peut ne pas avoir développé les outils pour faire face aux expériences traumatiques qu'il a vécues. Il doit d'abord construire certaines forces. Il ne faut pas minimiser l'impact des soins qu'il peut recevoir au quotidien à travers la mise en place de routines et de rituels, la présence d'une personne sensible et fiable qui l'aide à reconnaître et exprimer ses émotions de façon appropriée, la participation à des activités qui l'aident à construire une estime de soi plus positive... Lorsque l'enfant fait l'expérience d'un milieu de vie stable et réellement engagé auprès de lui, ses chances de profiter d'une psychothérapie sont nettement supérieures.

Attention : Lorsque l'enfant va en psychothérapie, il faut être attentif à l'avant et l'après pour lui offrir le soutien nécessaire. L'accompagnement d'un intervenant connu et une organisation stable du transport sont des éléments facilitants. Il est important de ne pas entamer un processus quand les conditions nécessaires ne sont pas en place.

INTERVENTION DE SOUTIEN AUPRÈS DE L'ADULTE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT AU QUOTIDIEN

(milieu substitut)

Lors d'un placement, il est impératif de bien évaluer la capacité du milieu substitut de prendre soin de l'enfant et de répondre à ses besoins spécifiques. Dans la mesure du possible, il faut être capable de reconnaître les patrons d'attachement chez la personne s'occupant de l'enfant pour comprendre son propre mode relationnel et identifier comment on peut l'aider pour répondre et comprendre celui de l'enfant.

Les familles d'accueil qui reçoivent les enfants qui sont retirés de leur milieu en lien avec la violence et la maltraitance devraient être sensibilisées aux notions de trauma. Les enfants victimes de traumatismes présentent des caractéristiques spécifiques, dont la possibilité de réviviscence traumatique (déclencheurs) ou de symptômes post-traumatiques, que l'on apprendra à détecter souvent en même temps que la famille d'accueil. Il faut apprendre à détecter ce qui peut déclencher chez l'enfant les rappels traumatiques (Ex. : un enfant qui aurait été victime d'abus sexuels au moment du bain peut réagir fortement seulement en entendant de l'eau couler d'un robinet).

De plus, les enfants sont parfois perçus comme ayant des troubles de comportement ou d'opposition, mais en réalité, ce sont peut-être des symptômes post traumatiques ou des réactions en lien avec leurs difficultés d'attachement. Il est important de tenir compte que l'enfant devra tranquillement apprendre à s'attacher à ces nouvelles figures, ce qui n'est pas facile pour lui. D'autant plus que pour bien faire, les familles se montrent parfois très aimantes et affectueuses envers les enfants pensant les aider, mais dans ces cas précis il faut les informer de l'importance de ne pas les envahir, de respecter leur rythme. Le milieu substitut doit pouvoir donner un sens aux difficultés de l'enfant, ceci lui permettant d'être sensible aux expériences de vie antérieures qu'il a vécues et par le fait même de « survivre » aux comportements difficiles et aux émotions de celui-ci. Une intervention proximale permet d'aider les personnes qui prennent soin de l'enfant à mieux gérer les émotions soulevées, tout en restant disponibles.

Il est important de faire un suivi rigoureux tant auprès de l'enfant que de la famille pour voir comment l'enfant se déploie et de consulter rapidement des services spécialisés s'il présente des indices de difficultés importantes (psychologue, ergothérapeute, pédopsychiatre, etc.). Plus les services sont mis en place rapidement, plus les chances de pouvoir aider l'enfant à s'intégrer à la famille seront grandes.

ET L'INTERVENANT?

Ayant d'abord fait surface en 1992, le terme anglais « compassion fatigue » (usure de compassion) a commencé par désigner l'épuisement des infirmières qui répondent quotidiennement aux urgences dans les hôpitaux. Depuis, ce terme a été redéfini et le phénomène est connu sous plusieurs noms (trauma ou stress vicariant, stress traumatique secondaire). Ce sont surtout les professionnels travaillant dans des milieux où les conditions sociales sont plus difficiles qui sont les plus touchés, par exemple en protection de la jeunesse, en toxicomanie ou en santé mentale. Les symptômes de l'usure de compassion s'apparentent beaucoup à ceux de l'épuisement professionnel. L'intervenant «amène ses clients à la maison» et n'arrive plus à créer de barrière entre son travail et sa vie personnelle. Peu à peu, le stress, le cynisme, l'irritabilité s'installent.

L'intervenants peut parfois être lui-même très percuté par des situations vécues par ses clients. Il peut vivre rage, impuissance, découragement, ce qui peut conduire à des prises de décision rapides, impulsives. Il peut vouloir intervenir massivement, en urgence. A l'inverse, il peut tenter de se couper des émotions difficiles pour se protéger et intervient alors en minimisant ce qui se passe, en retardant la prise de décision ou la mise en action. Il peut arriver que l'intervenant n'arrive plus à manifester d'empathie pour ses clients.

Parfois, l'intervenant en vient à minimiser l'ampleur d'un évènement : « ce n'est pas la première fois, cela fait partie du travail » (exposition à de l'agressivité, menace, agression physique, verbale).

L'intervenant se sent parfois mal équipé pour aborder certaines situations traumatisantes, parce qu'il ne se considère pas comme spécialiste (situation d'abus physique ou sexuel ou problématique de santé mentale).

Les intervenants qui apprennent qu'un enfant dans un de leurs dossiers vient de subir une situation traumatisante peuvent se sentir très coupables de ne pas avoir vu venir la situation ou d'avoir mal évalué le risque. L'insécurité peut s'installer et ils peuvent devenir sur-protecteurs envers l'enfant ou envahir la famille chez laquelle il sera confié ou ils peuvent minimiser les séquelles, car ils se sentent trop coupables.

Il est important que l'intervenant prenne du recul avant d'intervenir, de penser à ce qui se passe pour le jeune même en situation d'urgence pour éviter de poser des gestes qui empirent la situation ou font vivre des reviviscences traumatiques.

De plus, à long terme, il est avisé de tisser un réseau de soutien autour de la famille et de l'enfant pour éviter que tout repose sur les épaules d'un seul intervenant.

L'intervenant doit prendre soin de lui

Voici certaines pistes :

- Évaluer et exercer une surveillance par rapport à ses propres limites
- Maintenir une bonne hygiène de vie (alimentation, activités physiques, loisirs, sommeil, réseau social)
- Utiliser un réseau de soutien pour partager les préoccupations professionnelles (Supervision, consultation, etc.)
- Au besoin, consulter le test de dépistage TUC (Test d'Usure de Compassion) sur le site suivant : <http://www.redpsy.com/pro/tuc.html>

Outil proposé :

La notion du trauma

Annexe 7- Dépliant synthèse

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baker, A. J. L., Curtis, P. A., & Papa-Lentini, C. (2006). Sexual abuse histories of youth in child welfare residential treatment centers : Analysis of the Odyssey Project Population. *Journal of Child Sexual Abuse : Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 15 (1), 29-49.
- Bakermans-Kranenburg M. J. et Van IJzendoorn M. H. (2011). Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: New evidence and a meta-analysis, *Development and Psychopathology* 23(1): 39-52.
- Blaustein, M., & Kinniburgh, K. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competence*. New York, Guilford Press.
- Bloom, Sandra L. (1999). Trauma theory abbreviated. Dans *The Final Action Plan: A Coordinated Community Response to Family Violence*, récupéré le 20 septembre 2014 de: <http://www.sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/2000%20Bloom%20Final%20Action%20Plan%20People%20First%20Newsletter.pdf>
- Bloom, Sandra L. (2013). Présentation au Camden Trauma Summit. Visionnée en janvier 2016 à l'adresse: <https://www.youtube.com/watch?v=HPdp4p4WhXY>
- Briere, J. et Elliott, D. M. (2003). Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 27, 1205-1222.
- Briere, J., et Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 401-412.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized attachment. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Cloitre, M., Cohen, L. R. et Koenen, K. C. (2014). Traiter les victimes de la maltraitance infantile. *Psychothérapie de l'existence interrompue*, Dunod, p.13-14.
- Cloitre, M., Cohen, L. R. et Koenen, K. C. (2014). Traiter les victimes de la maltraitance infantile. *Psychothérapie de l'existence interrompue*, Dunod, p.227.
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 9, 577-589.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., et Van der Kolk, B. (Eds.) (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma Taskforce. Récupéré le 19 avril 2016 de: http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, ... Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Coping (définition en psychologie). Dans *Vulgaris médical*, récupéré en novembre 2014 de: <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medecale/coping-definition-en-psychologie>.
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, M. J., et van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-108.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.
- Debellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-72.
- Dessureault, D., Milot, T, Proux, J. Gagnon, D., Éthier, L. S., ... St-Cyr, E. (2008). La négligence au Centre jeunesse : un partenariat pour mieux la comprendre. Trois-Rivières: Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Centre Jeunesse de Batshaw.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., et Moss, E. (2011). Attachment Behavior and Mother-child Conversations as Predictors of Attachment Representations in Middle Childhood: A longitudinal Study. *Attachment & Human Development*, 13, 335-357.
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., Pascuzzo, K., & Vandal, C. (2013). Behavior problems in middle childhood: The role of SES, maternal distress, attachment, and mother-child relationship. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 1311–1324. DOI 10.1007/s10802-013-9764-6.
- Fearon R. P., Bakermans-Kranenburg M. J., Van IJzendoorn M. H., Lapsley A-M, Roisman G. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study, *Child Development*, 81(2), 435–456.
- Fellitti, V. J. et ANDA, R. F. (2009). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior : implications for healthcare. Dans Lanius, R. A., Vermetten, E. et Pain, C. (Eds.). *The hidden epidemic : the impact of early life trauma on health and disease*, Cambridge, Cambridge university press, 2009, chapitre 8.
- Gagné M-H, Drapeau S., St-Jacques M-C (Eds.). (2012). *Les enfants maltraités: de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action* (pp. 41-70). Québec: Les Presses de l'Université Laval, p. 5.
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C., Ake, G. S., Layne, C. M., KO, S. J., Gerrity, E. T., Steingerg, A. M.,... Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in chil-

- dren and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network, *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Groh A. M., Roisman G. I., Van IJzendoorn M. H., Bakermans-Kranenburg M. J., Fearon R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study, *Child Development*, 83, 591–610.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Hodas, G. (2005). *Empowering direct care workers who work with children and youth in institutional care*. Harrisburg: Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016). *Les mauvais traitements psychologiques : un mal silencieux : bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2016*. Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Jennings, A. (2004). *The Damaging Consequences of Violence and Trauma: Facts, Discussion points, and Recommendations for the Behavioral Health System*. Alexandria, VA. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD)/ National Technical Assistance Center (NTAC), 136 p.
- Koenen K. C., Moffitt T. E., Caspi A., Gregory A, Harrington H, Poulton R. (2008). The Developmental Mental-Disorder Histories of Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Longitudinal Birth Cohort Study. *Journal of abnormal psychology*. 117(2), 460-466.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 445 p.
- Lemelin, J-P, Provost, M. A., Tarabulsky, G. M., Plamondon, A. et Dufresne, C. (2012). *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent tome 1*, Presses de l'Université du Québec, p. 87.
- Les deux routes de la peur, dans Le cerveau à tous les niveaux*, récupéré le 12 août 2014 de : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_04/a_04_cr/a_04_cr_peu/a_04_cr_peu.html#2.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J., Holmes, B., Easterbrooks, A., et Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 273–281.
- Madigan S, Bakermans-Kranenburg M, Van IJzendoorn M., Moran G., Pederson D., Benoit D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap, *Attachment and Human Development*, 8, 89–111.
- Madigan S., Vaillancourt K., McKibbin A. et Benoit D. (2012). The reporting of maltreat-

- ment experiences during the Adult Attachment Interview in a sample of pregnant adolescents. *Attachment and Human Development*, 14(2), 119–43.
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J. et Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 647-658.
- Miller, R. (2007). Best Interests Principles: A conceptual overview, Departement of Human Services, Melbourne.
- Miller, R. et Bromfield, L. (2010). Cumulative harm: Best interests case practice model, Specialist practice resource. Melbourne: Department of Human Services, Government of Victoria, p. 34.
- Milot, T., Collin-Vézina, D. et Milne, L. (2013). Traumatisme complexe. Récupéré le 19 avril 2016 de: http://observatoiremalttraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_le_traumatisme_complexe.aspx/
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L.S. et Provost, M. (2011). Le traumatisme complexe et les relations d'attachement en contexte de négligence. *Revue québécoise de psychologie*, 32, 79-99.
- Moss, E., St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K. & Cyr, C. (2004). Quality of attachment at school-age: Relations between child attachment behavior, psychosocial functioning and school performance. Dans Kerns, K. A. et Richardson, R. A. (Eds). *Attachment in Middle Childhood*, New York, NY, Guilford Publications, Inc., 189-211.
- Osofsky, Y. J. (2004). *Young children and trauma: Intervention and treatment*. New-York, Guilford, 348 p.
- Paolucci, E. O., Genius, M. L. et Violato, C. A. (2001). Meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Perkonig A., Hildegard, P., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., Wittchen, H. U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults, *Am J Psychiatry* 2005, 162(7), 1320-1327.
- Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 221-238.
- Putnam, F. W. (1997), *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. Edition Guilford Press.
- Putnam, F. W. (2003). Ten years research update review: Child sexual abuse, *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Schmid M., Petermann, F. et Fergert, J. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems, *BMC Psychiatry*, 13. doi: 1186/1471-244X-13-3.
- Sexual Assault Centre, Université d'Alberta. (2008). *What is a Trigger?* Dans *Psych Central* récupéré le 12 août 2014 de: <http://psychcentral.com/lib/what-is-a-trigger/0001414>

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 

- Se référer à des critères clairs pour établir des contacts entre l'enfant et ses parents et qui prennent en considération l'état de l'enfant suite à un (ou plusieurs) trauma;
- Se référer à des critères clairs pour évaluer la pertinence de visites et si elles ont lieu, de la pertinence de superviser celles-ci en prenant en compte les impacts sur la santé mentale de l'enfant suite à un (ou plusieurs) trauma;
- Observer attentivement les réactions des parents et/ou adultes entourant l'enfant qui a vécu un trauma, puisque ceux-ci ont peut-être un historique de trauma antérieur qui peut être réactif;
- Fournir un accompagnement attentif lors des visites supervisées et intervenir rapidement et calmement si les attitudes du parent éveillent des comportements perturbés chez l'enfant;
- Reconsidérer sans tarder avec les collaborateurs (ressources, réviseur, etc.) la pertinence des visites si l'enfant présente des comportements évoquant une réviviscence traumatique suite aux visites.

Attention particulière dans les visites supervisées

Tout en assurant la confidentialité de l'histoire de l'enfant, renseigner dès le début le milieu de garde ou l'école concernant les situations sensibles pour l'enfant.

Associer ces milieux à l'observation attentive afin de débutsquer les situations propres à générer des réactions de stress (fuite, combat, paralysie) dans leur milieu chez cet enfant et à identifier des moyens d'apaisement qui répondent aux besoins de cet enfant.

Avec le réseau (garderie, école, partenaires)

Penser à des façons de faire ayant pour but d'aider l'enfant à s'apaiser, à apprendre les façons de faire du nouveau milieu, de le sécuriser dans cet espace avant de l'amener dans d'autres milieux. L'enfant, qui souvent n'a pas connu de routine sécurisante, apprendra à en connaître une. Il apprendra aussi que les nouveaux adultes sont là pour l'accompagner à travers le tumulte d'émotions qu'il vit, qu'en réponse à ses grandes colères, il recevra un accompagnement bienveillant et qu'ultimement les adultes tenteront de l'aider à mettre des mots sur tout ce qu'il vit.

Inviter la famille d'accueil à observer comment l'enfant réagit notamment à la proximité physique de l'adulte, aux contacts physiques et aux manifestations d'affection, afin de se réajuster rapidement si l'enfant manifeste de l'inconfort à travers ses comportements.

Si l'enfant présente des séquelles traumatiques?

Quoi faire

La notion du trauma

Annexe 1- FEUILLE DE CONSEILS POUR LES INTERVENANTS



Une grande partie des jeunes enfants suivis dans le cadre de la LPJ ont vécu ou sont à risque de vivre des situations traumatisantes alors qu'ils sont extrêmement vulnérables et que cela peut affecter plusieurs sphères de leur vie et avoir des conséquences importantes sur leur développement et leur sécurité (physique et psychologique). Outre la violence subie dans la famille, ils sont souvent exposés à d'autres sources de stress significatives telles que la pauvreté, un environnement incertain et violent.

Une fois dans le système mis en place pour leur protection, ils font face à d'autres stressors tels que des changements dans leurs routines, des ruptures de certains liens... Chacun des acteurs impliqués, qu'il agisse à l'étape évaluation/orientation, à l'application des mesures, aux ressources, en réadaptation dans la communauté ou avec hébergement, a avantage à garder en tête les séquelles laissées par le

trauma chez les adultes et les enfants qui l'ont vécu. Cette connaissance est particulièrement utile pour s'assurer que les actions que l'on doit accomplir, les gestes à poser et les paroles à prononcer n'exacerbent pas la perception par l'enfant ou son parent d'un danger supplémentaire à affronter. L'intervenant a un rôle déterminant dans la réduction des impacts de l'exposition de l'enfant à la violence et à des événements traumatisants. La première étape est d'inclure dans sa pratique le dépistage routinier des enfants à risque de développer des séquelles traumatiques et de s'assurer que ceux-ci, et leur famille, reçoivent l'attention et les services dont ils ont besoin. Il est important de s'assurer de travailler en équipe et de voir à offrir des services appropriés. La planification de l'intervention doit prendre en considération les expériences traumatiques du parent et de l'enfant et estimer préalablement le potentiel de stress que ses propres actions peuvent leur causer afin de prendre les précautions nécessaires pour réduire cet impact. Et finalement, l'intervenant peut lui-même avoir été exposé à des situations de violence. Il faut que cela soit pris en compte et que l'intervenant puisse prendre soin de lui pour être réellement disponible à bien aider.

À FAIRE

1-S'informer de l'exposition de l'enfant à des événements traumatiques

Utiliser l'outil: **A. Trauma/Historique de pertes**

Attention : Il est utile d'avoir des informations sur le vécu traumatique de l'enfant mais ce n'est pas essentiel pour intervenir. Dans les situations où l'enfant a vécu de la maltraitance, il faut toujours faire l'hypothèse du trauma et la considérer dans l'intervention. Il faut éviter l'intrusion et plutôt avoir une attitude de sensibilité pour accueillir si cela se présente des informations supplémentaires.

2- Comment va l'enfant? Est-ce que l'enfant présente des symptômes? Diagnostic?

Utiliser les outils suivants :

B. Réactions courantes de stress traumatique;

C. Attachement;

D. Comportements nécessitant une stabilisation immédiate;

E. Réactions / Comportements / Fonctionnement courants;

Annexe 2 - Sphères de fonctionnement atteintes chez les enfants exposés à des traumatismes complexes

Annexe 3 - Symptômes et comportements associés à une exposition traumatique

Il est important de s'intéresser au développement de l'enfant et aux retards possibles en utilisant la grille d'évaluation du développement (GED) pour les enfants entre 0-5 ans ou le document « Du plus petit au plus grand » pour les enfants plus vieux.

3- Quels sont les déclencheurs? Quelles sont les sources d'apaisement?

Utiliser l'outil Annexe 4- Jouer aux détectives de sentiments : Débusquer les stimuli déclencheurs avec l'enfant et ses solutions d'apaisement

4- Selon que l'intervention se déroulera en milieu naturel, en milieu substitut ou de réadaptation, ajuster son accompagnement dans la perspective du trauma.

Utiliser les outils suivants au besoin :

Annexe 5- Feuille de conseils pour les parents

Annexe 6- Expliquer le cerveau blessé aux enfants et à leurs parents

Annexe 7- Dépliant synthèse

2

Quoi faire

Si l'enfant présente des séquelles traumatiques?

Connaître les symptômes pouvant être reliés à un trauma (ou plusieurs) vécu par l'enfant afin de permettre aux intervenants de les identifier avec davantage de clarté;

Dès la première intervention, avoir en tête la notion de trauma et de son impact sur l'enfant pour anticiper les effets des actions à réaliser pour le protéger et déterminer des façons de faire qui réduisent le plus possible le stress occasionné chez l'enfant (comment, qui, où);

Consigner des observations (rapports d'évaluation et orientation, suivi d'activités) sur une base continue, de sorte que des mesures de soutien soient mises en place, dès que possible, par tous les acteurs entourant l'enfant (école, parents, FA, professionnels, bénévoles, transporteurs, autres);

Assurer la transmission de ces informations aux partenaires et/ou collaborateurs pour favoriser des interventions appropriées au trauma vécu par l'enfant et éviter l'aggravation de son état mental dans le respect de la confidentialité des informations des usagers;

Évaluer rigoureusement l'impact du placement et par le fait même de la rupture des contacts entre l'enfant et sa famille (père, mère, fratrie) en lien avec le trauma vécu;

De la même façon, documenter ces faits dans les rapports à produire afin d'identifier des ressources et/ou des services adaptés à leurs besoins;

Dans le cas d'un placement en milieu substitut :

Préparer le placement auprès de l'enfant et du parent: assurer un maximum de prévisibilité et de calme au moment du déplacement et de l'intégration. Autant que possible, rassurer l'enfant sur le fait qu'il n'est pas responsable de son placement. Penser à un accueil progressif si possible, en laissant le temps à l'enfant de faire connaissance.

Valider les émotions de l'enfant, répondre à ses interrogations s'il est capable d'en formuler : si ce n'est pas le cas, le rassurer, le reconforter le plus possible. L'informer de ce qui s'en vient, l'assurer que de bonnes personnes s'occuperont de lui et que l'on restera en contact avec lui.

S'informer des habitudes de l'enfant, de sa façon de vivre les routines, de ce qu'il aime ou pas, de façon à ce que la famille d'accueil puisse en tenir compte dans sa façon d'accueillir l'enfant et de le reconforter le plus possible dans toute cette nouveauté insécurisante pour lui.

S'assurer que l'enfant puisse apporter avec lui les objets familiers qui pourraient le reconforter. Visiter l'enfant dans le milieu où il réside, observer et s'informer de comment il s'y déploie. Rencontrer l'enfant, mais aussi l'adulte qui en prend soin. L'enfant vivant des séquelles traumatiques ne pourra s'apaiser automatiquement parce que son environnement est protégeant. Il aura besoin d'un accompagnement attentionné de la part de tous avant de pouvoir se déposer et commencer à être réceptif.

L'intervenant AM et l'intervenant ressource collaborent pour aider la famille d'accueil à comprendre l'incidence des traumas sur les comportements de l'enfant et à mieux le soutenir dans les différents défis de son nouveau quotidien. Transmettre conjointement l'importance de la stabilité et de la prévisibilité pour l'enfant, même s'il peut sembler y être indifférent.

3

I. Attachement

- Incertitude à propos de la fiabilité et de la prévisibilité du monde
- Problèmes de frontières
- Méfiance
- Isolement
- Difficultés interpersonnelles
- Difficulté à discerner correctement les états émotionnels des autres
- Difficulté à se mettre à la place, à prendre la perspective de l'autre
- Difficulté à se trouver des alliés

II. Sphère Biologique

- Problèmes de développement moteur
- Hyper-sensibilité au contact physique
- Difficulté au niveau de la perception de la douleur
- Problèmes de coordination, d'équilibre, de tonus
- Difficulté à localiser le contact avec la peau
- Somatisation
- Difficultés accrues sur le plan médical dans un vaste registre : douleur pelvienne, asthme, problèmes de peau, maladies auto-immunitaires, pseudo-convulsions

III. Régulation des Affects

- Difficulté de régulation affective, à s'auto-apaiser
- Difficulté à décrire ses affects et ses expériences internes
- Difficulté à percevoir et décrire ses états internes
- Difficulté à communiquer ses besoins et ses désirs

IV. Dissociation

- Altérations de l'état de conscience
- Amnésie
- Dépersonnalisation et déréalisation
- Deux états de conscience distincts (ou plus) avec des difficultés à se souvenir d'expériences vécues dans certains de ces états

¹Tiré et traduit de Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. Retrieved from http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf. (Table 1 - p. 7)

V. Régulation du Comportement

- Impulsivité
- Présence de comportements autodestructeurs
- Agressivité envers autrui
- Stratégies d'auto-apaisement problématiques
- Trouble du sommeil
- Trouble alimentaire
- Consommation de substance
- Conformité excessive
- Comportement d'opposition
- Difficulté à comprendre et à se conformer aux règles
- Communique son passé traumatique en le rejouant à travers le jeu ou le comportement (sexualité, agressivité, etc.)

VI. Cognition

- Difficulté à moduler l'attention et à accéder aux fonctions exécutives
- Manque de curiosité soutenue
- Difficulté à gérer ou traiter l'information nouvelle
- Difficulté à garder le focus et à compléter les tâches
- Difficulté avec la permanence de l'objet
- Difficulté à planifier et à anticiper
- Difficulté à comprendre sa responsabilité dans ce qui lui arrive
- Problème d'apprentissage
- Difficulté sur le plan du langage
- Difficulté à s'orienter dans le temps et l'espace
- Problèmes de perception acoustique et visuelle
- Difficulté à comprendre des configurations visio-spatiales complexes

VII. Identité

- Absence d'un sens de soi stable et prévisible
- Sens d'un soi séparé/individuel appauvri
- Perturbation de l'image corporelle
- Faible estime de soi
- Honte et culpabilité

Réactions possibles chez les enfants 0 à 6 ans exposés au trauma

Type de comportement	Enfants de 0-2 ans	Enfants de 3-6 ans
Sphère Cognitive		
Retard de langage	✓	
Problèmes de mémoire	✓	
Difficulté à se concentrer et à apprendre à l'école		✓
Troubles d'apprentissage		✓
Développement de compétences appauvri		✓
Comportement		
Crises de colère	✓	✓
Demandes d'attention excessives par des comportements positifs et/ou négatifs	✓	✓
Exhibition de comportements régressifs	✓	✓
Exhibition de comportements agressifs	✓	✓
Comportements perturbateurs dans des situations sociales	✓	✓
Imite les abus/traumas vécus		✓
Est verbalement abusif		✓
Crie ou pleure de façon excessive	✓	
Sursaute facilement	✓	✓
Est incapable de faire confiance ou de se faire des amis		✓
Se sent responsable pour les abus/traumas		✓
A peur des adultes qui lui rappellent l'évènement traumatique	✓	✓
A peur d'être séparé du parent ou du donneur de soins	✓	✓
Est anxieux, effrayé et évitant		✓
Est irritable, triste et anxieux	✓	✓
Est retiré/s'isole	✓	✓
Manque de confiance en lui		✓
Physiologie		
Appétit/poids faible, problèmes digestifs	✓	
Maux d'estomac et de tête		✓
Mauvaises habitudes de sommeil	✓	✓
Cauchemars ou difficultés avec le sommeil	✓	✓
Mouille son lit ou se mouille après avoir fait l'apprentissage de la propreté ou démontre d'autres comportements régressifs		✓

¹Tiré & traduit de: Zero to Six Collaborative Group, National Child Traumatic Stress Network. (2010). *Early childhood trauma*. Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress. Retrieved from http://nctsn.org/nccts/nav.do?pid=typ_early1 (p. 4-5)

Qu'est-ce qui me dérange, me bouleverse, me fâche, me rend mal ?

Entendre : des cris, des pleurs, des mots, des sons...

Voir : quelqu'un, quelque chose, un endroit...

Goûter : un aliment, un liquide...

Sentir : un parfum, une odeur...

Toucher quelque chose ou me faire toucher.



Autres situations qui me dérangent :

- ⇒ me faire demander quelque chose dont je ne me sens pas capable, en classe ou à la maison,
- ⇒ me faire refuser quelque chose
- ⇒ me retrouver seul dans la noirceur
- ⇒ avoir faim ou soif
- ⇒ se faire donner une directive, une consigne
- ⇒ devoir attendre
- ⇒ subir un changement, un imprévu
- ⇒ m'ennuyer
- ⇒ être dans un lieu bruyant, avec beaucoup de monde

¹Inspiré de Sexual Assault Centre, U. (2008). What is a Trigger? Psych Central. Retrieved on August 12, 2014, from <http://psychcentral.com/lib/what-is-a-trigger/0001414>

Qu'est-ce qui m'apaise, me calme, me fait du bien???

Faire une activité... laquelle?

Jouer... à quoi? Avec qui?

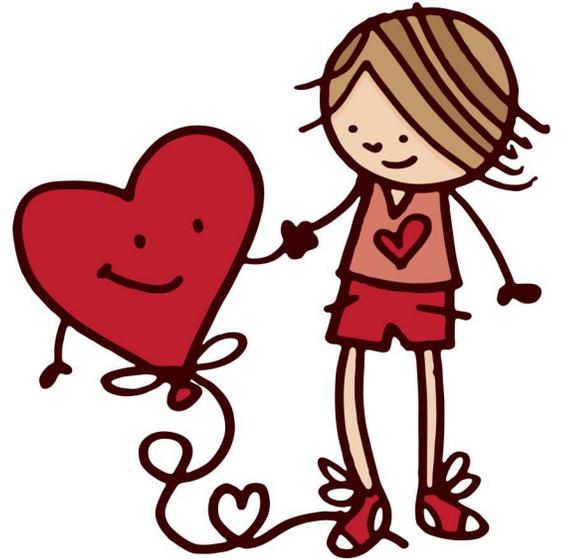
Parler avec ... qui? En personne? Au téléphone?

Lire une histoire ou me faire lire une histoire... laquelle? Par qui?

Écouter de la musique... quel genre? Chanson préférée?

Autres:

Toutou, balles de stress, un objet, une couverture...





Eh oui, les enfants ne sont pas faits en porcelaine... mais ils souffrent quand ils sont frappés, abusés, rejetés, ou négligés. Quand ils entendent ou voient de la violence dans leur maison ou dans leur quartier, ils ont peur et peuvent ressentir que leur monde est dangereux.

Chaque enfant est différent, mais l'exposition à la violence peut bouleverser sa vie et engendrer des difficultés au plan affectif, physique et même le rendre moins disponible à apprendre et à bien grandir, à moins qu'il ne reçoive l'aide nécessaire pour se rétablir et reprendre confiance. La science permet de savoir maintenant que le cerveau d'un enfant de moins de 18 ans se développe moins bien lorsqu'il y a de la violence à la maison.

L'enfant réagit parfois immédiatement après des événements, parfois l'expression des difficultés arrive bien après. Certains enfants réagissent très fortement et développent plein de comportements difficiles, d'autres vivent les difficultés en s'isolant. Chaque enfant a sa façon de réagir en fonction de son âge, de son tempérament et des réactions de ceux qui l'entourent.

Les enfants de 0-5 ans

Les réactions des jeunes enfants sont grandement influencées par la réaction de ceux qui en prennent soin. À cet âge, un enfant qui vit de la violence ou des situations traumatisantes peut :

- être irritable et difficile à consoler
- sursauter facilement
- avoir des comportements qu'ont des enfants plus jeunes (sucrer son pouce, mouiller son lit, avoir peur du noir)
- faire des crises de colère fréquentes
- s'agripper à vous
- avoir des grandes variations dans leur niveau d'activité
- répéter dans leur jeu ou dans les conversations ce qu'ils ont vécu
- devenir passif, perdre l'intérêt de jouer, d'explorer
- se conformer de façon excessive

Les enfants de 6-12 ans

Les enfants d'âge scolaire exposés à la violence ou des situations traumatisantes peuvent avoir des difficultés à la maison et à l'école. Ils peuvent :

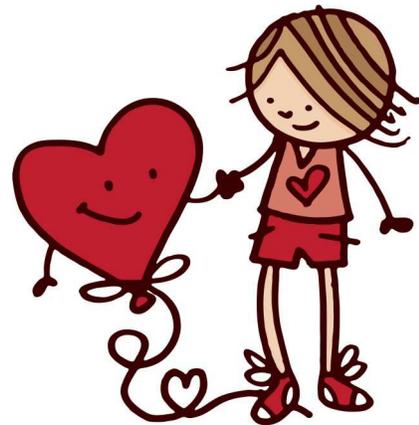
- avoir des difficultés à se concentrer
- être inquiets, bouleversés ou retirés
- pleurer, être tristes ou exprimer des choses effrayantes
- se disputer avec des amis ou des adultes
- s'isoler
- manger plus ou moins que d'habitude
- démontrer une baisse dans son rendement à l'école

Que pouvez-vous faire?

Vous êtes la personne la plus importante pour votre enfant. Vous pouvez aider votre enfant à retrouver sécurité et stabilité en lui offrant un environnement calme, prévisible.

Vous pouvez :

- ⇒ Répondre aux questions de l'enfant dans un langage simple qu'il peut comprendre;
- ⇒ Croire votre enfant et lui montrer que vous reconnaissez ce qu'il a vécu;
- ⇒ Tolérer les émotions de votre enfant;
- ⇒ Faire avec lui des activités de son âge qui sont bonnes pour développer ses compétences;
- ⇒ Trouver des manières d'avoir du plaisir et de relaxer ensemble;
- ⇒ Aider l'enfant à développer son vocabulaire et montrez lui à mettre un mot sur l'émotion qu'il vit : fâché, content, triste, déçu, etc. »
- ⇒ Mettre en place des routines et un horaire prévisible. Les enfants sont rassurés de savoir ce qui va se passer, quand, et comment;
- ⇒ Mettre des limites claires de façon continue avec patience;
- ⇒ Démontrer à l'enfant de l'affection en le réconfortant, en l'encourageant, en passant du temps avec lui.
- ⇒ Gérer vos propres émotions. Prenez le plus possible le temps de vous calmer avant de parler à votre enfant, si vous êtes choqué.
- ⇒ Accepter que votre enfant éprouve certaines difficultés et ait des comportements non habituels
- ⇒ Permettre à l'enfant qu'il utilise des moyens pour diminuer ses peurs au coucher (ex. radio au coucher, veilleuse, lecture...)
- ⇒ Protéger votre enfant de voir ou de lire des situations effrayantes (film, histoire, livre, nouvelles...)
- ⇒ Prenez soin de vous



Il se peut que votre enfant ait besoin de soins ou des services d'un spécialiste pour se sentir bien et de nouveau en sécurité. N'hésitez pas à demander de l'information et à consulter en lien avec le développement de votre enfant.

Il se peut que vous ayez besoin de soutien surtout si vous aussi avez vécu des événements difficiles dans votre enfance ou que vous vivez actuellement des stress importants.

Annexe 6



La notion
du
trauma

Le cerveau blessé

expliqué aux enfants et
aux adultes
qui en prennent soin



Québec 

Rédaction

Carole Côté, agente de planification, de programmation et de recherche,
Centre de recherche et d'expertise jeunes en difficulté, Centre intégré
universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-
Montréal (CCSMTL)

Illustration

Johanne Boivin, agente de planification, de programmation et de recherche,
Direction des services milieu à l'adolescence et ressources, CCSMTL

Ce feuillet a été réalisé suite à l'écoute d'une vidéo où Allison Sampson Jackson, inspirée entre-autres des travaux de Dan Siegel et de Joseph LeDoux, explique de façon très simple le cerveau et les effets du traumatisme sur celui-ci. Pour rendre ce matériel accessible à de jeunes enfants francophones, nous avons choisi d'en faire une présentation illustrée et ludique. Pour avoir accès à la vidéo « *Explaining the Brain to Children and Adolescents* » utilisez le lien suivant:

<https://vimeo.com/109042767>

Source bibliographique : *The Georgetown University Center for Child and Human Development (GUCCHD)*

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2016

ISBN: 978-2-550-76318-5 (Imprimé)

ISBN 978-2-550-76319-2 (pdf)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

Pour plus d'information concernant nos publications, vous pouvez
communiquer avec la bibliothèque:

514 896-3396

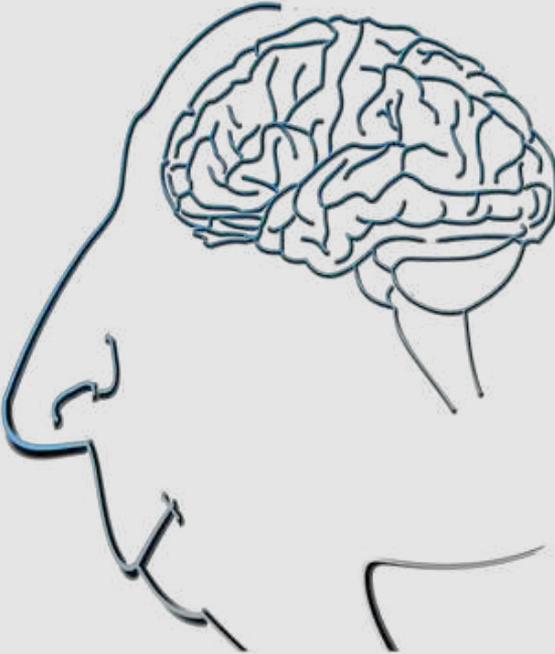
bibliotheque@cjm-iu.qc.ca

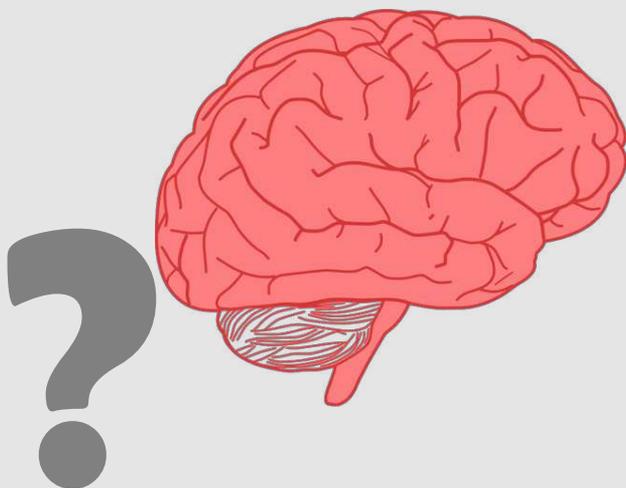
- répondre au besoin de sécurité manifesté par celui-ci;
- l'aider à apaiser le chien qui jappe pour que revienne le hibou sage;

Ce n'est qu'une fois que cela est fait que l'on peut interpeller l'enfant dans la recherche de solution ou de meilleures stratégies comportementales.

Au fil du temps, il faut s'intéresser à ce qui cause du stress à l'enfant et provoque chez lui une réponse de survie. Il y a souvent des patrons qui se répètent d'une fois à l'autre et qui lorsqu'on les connaît peuvent permettre d'anticiper la réaction et d'intervenir plus tôt (aider l'enfant à calmer le chien qui jappe avant que le hibou s'envole).

Ton CERVEAU est une partie de ton corps qui n'est pas visible aux autres. Pourtant, c'est lui qui t'aide à bouger, à communiquer, à réfléchir, à ressentir des émotions, à percevoir ton environnement.





Si on le regarde de plus près,
ne trouves-tu pas qu'il ressemble à
un poing fermé ?





Ton pouce représente une partie très importante de ton cerveau.

C'est comme un chien de garde qui peut grogner et japper quand il

perçoit une menace. Il prévient ton corps d'un danger pour que tu puisses te protéger. C'est une sorte de système d'alarme



L'autre partie de ta main représente aussi une partie très importante de ton cerveau. C'est celle qui t'aide à réfléchir. On peut l'appeler ton hibou sage.

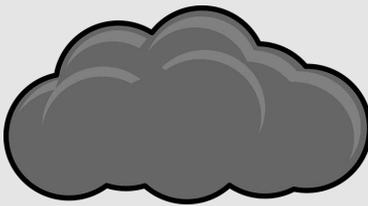
Hou-hou



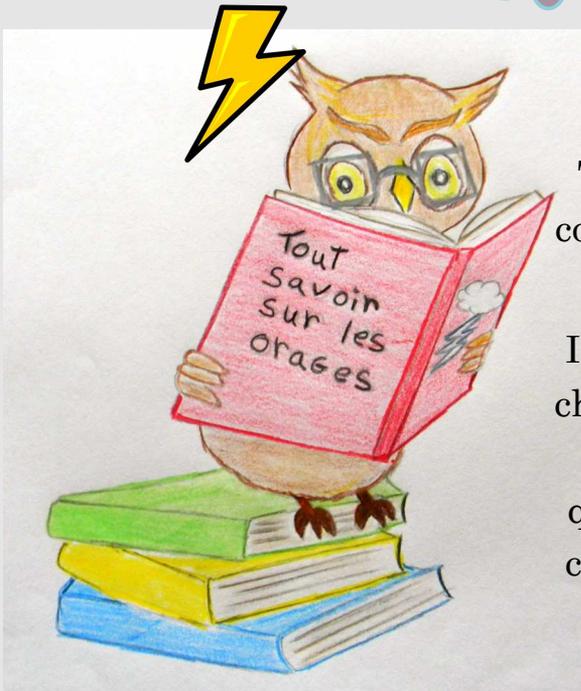
La majorité du temps, ton hibou et ton chien vivent ensemble de façon harmonieuse.

Parfois, il se passe quelque chose qui met ton chien en alerte.

Il vient d'y avoir un gros coup de tonnerre et ton chien a sursauté !



BOUM !!!



Ton hibou sage connaît beaucoup de choses.

Il explique à ton chien que ce n'est qu'un orage et qu'il n'y a rien à craindre dans la maison.



Pour le faire revenir, tu n'as pas le choix, tu vas devoir calmer ton chien!

Tu peux trouver des activités qui t'aident à te calmer pour que le chien arrête de japper : faire des bulles, respirer calmement, faire du sport...



Tu peux devenir un bon maître pour ton chien. Si tu le connais bien et que tu l'écoutes, tu vas pouvoir le rassurer de plus en plus vite lorsqu'il n'y a pas de vrai danger.



Dès que tu sens que ses poils se dressent, qu'il montre les dents, c'est là qu'il faut agir !

Au début, tu auras parfois besoin de l'aide d'une grande personne pour reconnaître que ton chien s'inquiète sans que tu sois réellement en

danger. Si ton hibou sage s'est déjà envolé, tu auras besoin que cet adulte



Hibou prêté par un adulte que tu connais qui vient à la rescousse.

Tu trouveras avec son aide, des trucs pour que ton chien se calme et que ton hibou revienne. Chaque chien est différent. Est-ce que tu connais bien le tien ? Sais tu vraiment ce qui le calme et qui aide ton hibou à revenir ?

Ton hibou lorsqu'il est là donne de bons conseils à ton chien. Ce sont de bons amis !



Aide pour les parents ou les adultes qui prennent soin de l'enfant

Les enfants qui ont vécu de la maltraitance et de la négligence et qui ont développé des séquelles traumatiques ont été percutés au niveau du fonctionnement de leur cerveau. Ils sont très sensibles et réactifs au stress. Il faut se rappeler que l'enfant a dû s'adapter et développer des stratégies pour se sentir en sécurité et avoir réponse à ses besoins. Ces stratégies ne sont pas toujours gagnantes mais ce sont celles qui étaient disponibles pour lui. Lorsque l'enfant perçoit qu'il est en danger, son système d'alarme se déclenche et ses réactions de survie immédiates se mettent en place. Ces mécanismes ne sont pas conscients, il peut ne pas y avoir de votre point de vue de raison pour l'enfant de se sentir menacé ou de se mettre dans tous ces états.

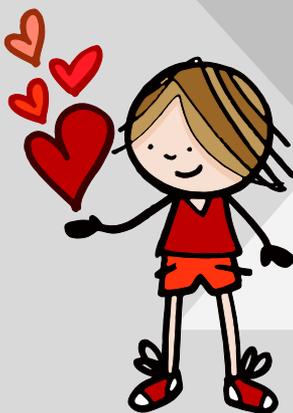
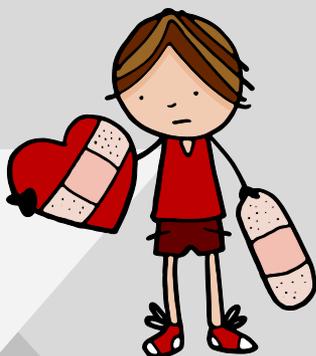
Cependant, quelque chose dans l'environnement passé, associé à l'expérience traumatique, a fait surface dans l'environnement présent. C'est ce qu'on appelle un déclencheur. Cela peut être une odeur, un son, un geste, une simple demande qui le remet en contact avec les événements difficiles de son passé. Souvent la première intervention que l'on utilise est de punir les comportements. On dit parfois : « Arrête tout de suite de faire cela ». Ce sont des interventions qui s'adressent au hibou sage. Mais celui-ci s'est envolé.

Il faut d'abord :

- Prendre un moment pour s'apaiser avant d'intervenir;
- rester sensible à ce que l'enfant a vécu malgré les comportements qu'il manifeste;

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal**

Québec 



UNE INTERVENTION INTÉGRANT LA NOTION DE TRAUMA

La notion
du
trauma

Annexe 7- Dépliant synthèse



Québec 

OBSERVER ET COMPRENDRE

La notion de trauma : définitions

L'état de stress post-traumatique a fait sa place parmi les troubles mentaux aux États-Unis principalement à cause des observations cumulatives de ce qui se passait pour un grand nombre de vétérans quelques années après leur retour de la guerre du Vietnam. L'état de stress post-traumatique se caractérise par des symptômes d'intrusion liés aux événements traumatiques, des symptômes d'évitement, d'altération de la cognition et de l'humeur et d'une altération marquée de l'éveil et de la réactivité. On a par la suite dû reconnaître que différents types d'exposition à des situations traumatiques pouvaient affecter non seulement des adultes confrontés à des situations extrêmes, mais également des enfants.

Avec l'évolution des neurosciences, de nouvelles connaissances sur les façons dont le stress aigu affecte le cerveau et le corps tout entier ont fourni aux praticiens et chercheurs, depuis le début des années '90 environ, de nouvelles hypothèses permettant de comprendre par quels mécanismes la maltraitance pouvait affecter le futur de l'enfant : causer un trauma complexe, aussi nommé trauma développemental. La notion de trauma complexe met en évidence le fait que l'enfant soit exposé de façon répétée, prolongée à des événements traumatiques occasionnés par des personnes qui s'occupent de lui et qu'aucun adulte n'arrive à protéger. Des conséquences apparaissent dans diverses sphères de son développement : l'attachement, la biologie, la régulation des émotions et du comportement, la dissociation, la cognition et l'identité. Bien que les experts ayant mis à jour le DSM 5

n'aient pas accepté de créer une nouvelle entité nosologique sous ce nom, le trauma complexe ou développemental conserve toute sa valeur pour donner un sens à une constellation de difficultés intra et interpersonnelles et fournir des orientations nouvelles d'intervention. Ces deux notions sont donc essentielles à avoir en tête pour mieux intervenir.

Les formes de maltraitance et leurs conséquences

Par définition, la maltraitance est une action ou une omission qui se produit dans l'interaction parent - enfant. Lorsque la personne qui devrait pourvoir aux divers besoins de l'enfant répond par la négligence, les mauvais traitements psychologiques, physiques ou l'abus sexuel, l'abandon, avec toute l'imprévisibilité que cela occasionne, l'organisme tout entier de l'enfant doit s'ajuster pour survivre dans un tel climat. Le cerveau inachevé de l'enfant (*qui n'atteindra sa maturation neurologique complète que quelques années après l'âge légal de la majorité*) doit s'appuyer sur les mécanismes que l'évolution de l'espèce lui fournit, soit la réponse biologiquement programmée pour réagir au stress généré par une menace quelconque. Le système d'alerte dont dispose le cerveau même immature met en branle une série de réactions biochimiques prédisposant l'organisme à soit fuir, combattre, ou lorsque l'un ou l'autre est impossible, à se faire le plus invisible possible, pour ainsi dire, à figer. Plus un enfant est petit, moins il a d'options pour se soustraire au danger. Il peut certes crier, pleurer, s'agiter, dans l'espoir que quelqu'un lui vienne en aide et si non, s'emmurer dans le silence. Si les expériences déclenchant le

système neurobiologique du stress se répètent sans qu'une présence humaine ne vienne aider à retrouver le calme ou ne le fait qu'occasionnellement, les réactions ainsi provoquées ne sont pas sans conséquences sur le cerveau et sur le corps tout entier en plein développement. Le cumul et l'intensité de stress vécu par l'enfant atteint alors le niveau du stress dit « toxique » .

Des études populationnelles rétrospectives (Adverse childhood experiences studies*) sur les expériences traumatiques au cours de l'enfance menées aux États - Unis mettent en évidence des liens significatifs entre les expériences dites « adverses » vécues au cours de l'enfance et de très nombreuses conditions de santé affligeantes (cancers, maladies cardio-vasculaires, pulmonaires, rénales, pour ne nommer que celles-là) en plus d'impacts sévères sur la santé mentale au cours de l'âge adulte.

PENSER TRAUMA C'EST :

Avant d'aborder quelques concepts, voici le résumé d'un épisode dans la vie de Danny, 4 ans, au moment où il est retiré de chez sa mère et fait son arrivée dans une famille d'accueil.

Il arrive chez Mme Julien, famille d'accueil, où vivent trois autres enfants âgés de 3 à 6 ans. Peu après son arrivée, au moment du souper, il se montre inconsolable et refuse de venir manger. Madame Julien décide ensuite de lui donner un bain. Danny se débat furieusement et la mord au sang. Madame Julien lance un cri et l'enfant se met en petite boule sur le plancher en tremblant. Danny est envoyé dans sa chambre, il se couche dans un lit qu'il ne connaît

pas. Il pleure à s'époumoner et finit par s'endormir.

Comment comprendre que son arrivée prenne une telle tournure ?

Repérer les situations traumatiques vécues

Dans le cadre d'une intervention en protection de la jeunesse, les motifs de compromission autorisent par leur nature même à présumer que l'histoire de maltraitance augmente les risques que l'enfant développe des séquelles traumatiques. Avec en tête la préoccupation de ce qu'a pu vivre l'enfant comme situations de stress toxique, l'intervenant porte un regard attentif à ce qu'il découvre de son histoire relationnelle. Dans le cadre d'une intervention d'autorité en protection de la jeunesse, il n'est pas toujours évident d'avoir accès au climat relationnel qui a pu caractériser la jeune histoire de l'enfant. Parfois on peut retracer de façon corroborée des événements dramatiques qui se sont produits dans la vie familiale : des incidents de conflits et de violence conjugale, des séjours entrecoupés à se faire garder par différentes personnes, des épisodes de consommation où le parent laisse l'enfant seul. La « *lunette trauma* » par laquelle on regarde ces événements fait s'interroger sur comment l'enfant a été préservé ou non de la tension ainsi générée. Une fois la sécurité et le développement ayant été déclarés compromis, il ne s'agit pas de faire une enquête systématique sur les faits ayant pu causer des impacts traumatiques sur l'enfant, mais de rester à l'affût, tout au long de l'intervention, de ce qu'a pu vivre l'enfant, en ayant en tête les étapes sensibles du développement global de l'enfant. Sachant qu'un enfant a besoin d'adultes pour apprendre à réguler son stress afin de pouvoir repartir à la

découverte, il importe de s'interroger sur la façon dont l'enfant a été accompagné, au delà d'épisodes connus de violence ou de solitude.

Repérer les conséquences développementales

Une autre façon d'appréhender la réalité vécue par l'enfant est permise par l'observation de son développement. On peut ainsi s'interroger sur la présence d'un trauma complexe ou d'un état de stress post-traumatique en observant des atteintes au développement. Tel que mentionné plus tôt, un vécu traumatique a des répercussions d'abord sur le corps lui-même, percutant la maturation cérébrale qui se poursuit tout au long de l'enfance, mais de façon intense et accélérée avant trois ans. On peut ainsi observer des indices soit d'hyper sensibilité ou d'hypo sensibilité sensorielle. On comprend aisément les impacts sur l'attachement, autant dans son volet d'activation que de réconfort, lorsque le parent qui devrait encourager, guider et rassurer se montre plutôt menaçant, indifférent ou imprévisible. Il est alors bien difficile pour l'enfant de faire l'apprentissage de la régulation de ses émotions, si personne n'est là de façon consistante pour les lui apprivoiser par la parole et l'apaiser physiquement. Il en va de même pour la régulation des comportements, où là encore l'enfant ne peut apprendre de lui-même à discriminer comment il doit agir en interaction avec autrui. Il a besoin d'un modèle d'adulte à observer et d'un adulte qui le guide, l'encadre et encourage. La cognition de l'enfant est aussi affectée, ses énergies étant trop souvent dérivées à se protéger du stress plutôt qu'à développer sa capacité de penser à travers un vocabulaire, d'aller à la découverte. L'élaboration des fonctions exécutives du cerveau est ainsi hypothéquée. La construction de l'identité tout

entière est affectée par le vécu traumatique, brouillant la possibilité de croire en sa propre valeur, en celle des autres et en la vie en général. Ce vécu difficile peut amener l'enfant à avoir recours à la dissociation, qui peut notamment prendre la forme de détacher les aspects émotionnels des événements, de ne garder aucun souvenir en mots mais garder de fortes émotions, sensations s'exprimant en comportements. Toutes ces manifestations ont un sens et constituent en quelque sorte les voies de survie de l'enfant dans un milieu effrayant, indifférent ou déroutant.

Voici ce qu'on apprend de ce qu'a vécu Danny :

Ses parents n'ont vécu ensemble que la première année après sa naissance. Ils se fréquentaient depuis quelques mois lorsque madame est devenue enceinte et elle n'a pris conscience de sa grossesse qu'au cinquième mois. Les deux parents ont consommé du pot et de l'alcool pendant la grossesse. Ils étaient tous les deux sans emploi et leur relation a été ponctuée de disputes, parfois violentes, amenant ruptures et retrouvailles, jusqu'à leur séparation définitive. Le logement de madame se trouve actuellement dans un bloc appartement en très mauvais état, où résident revendeurs de drogue et prostituées.

La grand-mère maternelle, qui éprouve elle-même d'importantes difficultés personnelles l'empêchant d'être davantage disponible à Danny, croit que Danny a été parfois laissé seul pendant que les parents étaient « sur le party » et qu'il a probablement entendu bien des disputes. Depuis la rupture avec le

père, madame a connu quelques hommes qui ont vécu un certain temps avec elle et Danny. La grand-mère sait qu'au moins deux conjoints ont été violents envers madame qui est souvent couverte de bleus. Madame prétend qu'ils n'ont jamais frappé le petit, mais seulement crié après lui. Cependant, elle nous dit que Danny est tannant et qu'il fait souvent tout pour « en manger toute une ». Il semble que Danny a été reconduit souvent par sa mère pour être gardé par différentes amies et connaissances de cette dernière, qui ont aussi des problèmes de consommation.

On peut raisonnablement faire l'hypothèse que Danny a vécu de très nombreuses situations de tension et de violence où il a vraisemblablement craint pour sa mère et pour lui-même. De plus, il paraît avoir connu bien des occasions où il a été laissé passablement à lui-même, sans qu'une personne stable et aimante voie à ses besoins et l'aide à revenir au calme. La quantité de situations où un stress intense lui a été causé sans le secours d'une personne connue et apaisante semble assez imposante dans sa jeune vie.

Débusquer les déclencheurs

Il est important de tenter de décoder les déclencheurs, ce qui provoque les réactions excessives au stress chez l'enfant. Cela demande une observation attentive et patiente de la part des adultes s'occupant de l'enfant. Un déclencheur est quelque chose qui provoque une émotion, une cognition, une réaction physiologique ou un flash-back chez l'enfant traumatisé et qui le ramène ou le met en contact avec une expérience traumatique antérieure.

Intervenir auprès de personnes entravées dans leur développement par les traumatismes demeure un vaste champ de connaissances en développement. La littérature actuelle permet toutefois d'identifier quelques repères utiles, qui seront résumés brièvement.

Revenant à la situation de Danny, quelques précisions s'ajoutent à l'histoire plus récente de l'intervention auprès de lui et de sa mère :

Danny a été signalé à la DPJ il y a 6 mois, alors que des voisins ont appelé les policiers, lassés d'entendre un enfant pleurer sans que quelqu'un ne semble tenter de le consoler. Les policiers ont interpellé la DPJ et comme Danny était seul et que la mère ne revenait pas, l'intervenante a confié Danny à une famille d'accueil de transition. L'enfant est arrivé dans la famille vêtu d'un pyjama souillé. La mère s'est présentée le jour suivant et a accepté une intervention à domicile pour reprendre son fils, elle a aussi accepté de participer au programme Jessie. Après quelques semaines d'intervention dans le milieu, on constate que la mère néglige les rendez-vous, Danny est souvent sale et son poids est anormalement bas. La décision de retirer Danny de son milieu est prise et une famille de transition est identifiée. Une nouvelle intervenante se voit assignée au dossier peu après la décision prise en comité avisé et elle vient chercher Danny avec l'éducatrice du programme Jessie. Pendant qu'on prépare quelques bagages, Danny voit sa mère d'abord très fâchée contre les intervenantes, puis la voit pleurer abon-

damment : elle ne lui dit pas un mot au moment du départ et continue de pleurer.

Si peu de temps après un départ dans un tel climat affectif, on voit toute la difficulté pour Danny d'accepter d'être nourri, puis lavé par une maman d'accueil pourtant pleine de bonne volonté... Que Danny se débâte autant au moment de prendre un bain soulève d'autres questions, mais d'emblée, ces soins de grande intimité requièrent littéralement de se mettre à nu devant une personne avec qui on n'a que quelques heures de connaissance...À 4 ans et demi, ce n'est pas la même chose qu'à six mois ! Ce qui pourrait être apaisant apparaît très menaçant pour Danny.

FAVORISER LA RÉSILIENCE ET PRÉVENIR DE NOUVELLES SITUATIONS TRAUMATIQUES

Installer un climat de sécurité, le restaurer lorsqu'il est malmené

Avant que l'enfant ou le parent puisse en quelque sorte se « déprogrammer » de sa réponse automatique au stress, il faudra qu'il fasse l'expérience répétée d'interactions caractérisées par le respect et la bienveillance. Le temps sera certainement nécessaire, mais à condition qu'il soit habité par des interactions sensibles aux blessures relationnelles laissées par l'expérience traumatique. C'est pourquoi l'expérience de la sécurité est si souvent mentionnée comme pierre angulaire de l'intervention en trauma complexe. Bloom décrit cette sécurité à mettre en place autant aux

plans physique, psychologique, social que moral. L'importance des repères fournis par la routine et les rituels pour construire cette sécurité est soulignée aussi par Blaustein et Kinniburgh. Cette routine peut bien sûr se créer à la maison, en famille d'accueil, en visite supervisée comme en entrevue. Lorsque pour une raison ou l'autre ce climat de sécurité et de prévisibilité est rompu, il importe de l'identifier et de prendre les moyens de le rétablir.

C'est donc dire que « *penser trauma* » signifie aussi prendre les précautions requises pour que les gestes que l'on doit poser soient planifiés de façon à prévenir ou à tout le moins réduire la possibilité qu'ils soient vécus comme de nouvelles atteintes traumatiques. Tout retrait de milieu, déplacement, action d'autorité qui s'imposent doivent être planifiés de façon à en réduire le plus possible les impacts susceptibles d'ajouter une charge traumatique. Prendre garde de faire vivre des « traumas institutionnels ».

Reconnaître le schéma de réponse au stress et en tenir compte dans l'interaction

En présence de personnes – parents ou enfant – dont on soupçonne qu'ils pourraient vivre des séquelles traumatiques, il est important de garder en tête la prépondérance chez ces personnes de la réponse automatique au stress. La réponse typique, on se la rappelle, peut prendre globalement trois formes, mais avec une multitude d'expressions : fuir, combattre ou figer. La personne qui quitte les lieux, s'emporte rapidement ou garde le silence, sans qu'on identifie exactement ce qui a pu causer cela, pourrait être en train de nous montrer que la situation représente pour elle une menace quelconque. Dans un tel état, la personne ne

peut avoir accès aux fonctions supérieures de son cerveau, (raisonnement, logique, mémoire), elle cherche à se protéger : tout cela se passe de façon inconsciente, mais la personne est convaincue que ce qu'elle fait est ce qu'il y a de mieux à faire.

Il est donc utile de rassurer la personne pour que ce sentiment de menace perçue diminue, si on veut pouvoir échanger avec elle. Par conséquent, l'intervenant a tout avantage à être attentif à son propre état intérieur, dans son interaction : se réguler soi-même est essentiel si on souhaite aider l'autre à le faire. Sachant qu'il est inévitable que certaines circonstances, certaines interventions causent un stress, il sera toujours utile de chercher à les rendre le plus possible prévisible, en donnant des repères.

Le trop court récit de l'intervention auprès de Danny ne permet pas de savoir comment Danny et sa mère ont été préparés au placement, avant et après le comité avisé qui en a décidé. Dans ce qu'a manifesté Danny à son arrivée en famille d'accueil, on reconnaît davantage la réaction au stress plutôt de combat, en s'opposant à manger, puis en se débattant et mordant lors de la tentative de bain. Comment aurait-on pu aider davantage Danny ?

Possiblement tout d'abord, au cours du déplacement, en utilisant des mots simples pour lui signifier que l'on comprend combien ces événements sont bouleversants pour lui, mais que ce sont les grandes personnes qui sont responsables de cela. Reconnaître les sentiments de l'enfant, tout en lui passant le message qu'il n'est pas responsable de son départ de la maison. Il importe de le rassurer sur le fait qu'on prendra soin de sa mère et prendra soin de lui aussi

et qu'ils auront sans faute des nouvelles l'un de l'autre. Il importera de s'assurer de donner les nouvelles promises pour que l'enfant puisse avoir confiance et se permettre de s'installer dans la famille sans être hanté par le désarroi ou la colère de sa mère.

L'informer également le plus simplement possible de ce qui s'en vient, de ce qui lui sera proposé dans les prochains moments et lui laisser une marge de manœuvre pour décider de certaines choses. Dans tous ces changements qu'il subit, il est judicieux que l'enfant puisse avoir un pouvoir sur certaines choses et soit invité à dire comment il a l'habitude de faire.

En l'occurrence, la mère d'accueil pourrait offrir une alternative à Danny dans la façon de faire une bonne toilette, comme par exemple employer un bassin contenant moins d'eau et garni de mousse.

Apprivoiser la régulation des émotions

Les adultes vivant au quotidien avec l'enfant sont invités à observer les circonstances dans lesquelles l'enfant manifeste des réactions excessives (qui peuvent être aussi bien de l'ordre de l'inhibition que de l'action désordonnée) afin d'identifier quels peuvent être les déclencheurs d'inconfort, de malaise ou de désorganisation. L'enfant peut être invité à repérer lui aussi les événements, les situations qui génèrent chez lui des attitudes soit de fuite, de combat ou de « paralysie ». Les sensations corporelles ressenties à ces moments- là (rythme cardiaque augmenté, estomac qui se noue, muscles qui se contractent, respiration accélérée,

etc.) peuvent être des portes d'entrée utiles avant de pouvoir accéder aux émotions.

Rechercher ensemble par la suite des moyens d'apaisement qui conviennent à cet enfant fait aussi partie de la logique d'intervention en trauma complexe, sachant qu'un cerveau en état d'alerte ne peut réfléchir et chercher des solutions. Ce n'est qu'une fois le calme revenu que l'on peut stimuler un début de réflexion. S'exercer à la pensée lors de moments plus calmes ne viendra pas instantanément à bout des réactions automatiques au stress : ici aussi, ce n'est qu'à force de répétition que l'on pourra créer de véritables alternatives.

Favoriser les moyens d'expression autres que la parole est également un vecteur d'intervention préconisé tant par Bloom que Blaustein et Kinniburgh : les activités physiques, les activités culturelles et d'expression, que ce soit par le mime, le théâtre, la danse, le chant, l'écriture (pour ne nommer que ceux-là) sont toutes des modalités parmi lesquelles se trouvent possiblement un exutoire potentiel pour ces émotions parfois si peu mentalisables.

Dans la situation de Danny, la personne autorisée et l'intervenante ressource appuieront Mme Julien et son conjoint dans l'identification, avec Danny, des circonstances stressantes pour lui, où il ne se sent pas bien, puis des moyens qui peuvent lui apporter du réconfort. Rechercher les meilleurs moyens pour lui de revenir au calme, que ce soit avec un animal de peluche, en se berçant ou qu'importe, mais chercher avec lui ce qui peut lui permettre de se sentir mieux.

De plus, il importe de demeurer attentif, intéressé à comment l'enfant vit les choses au quotidien. Qui sait si Mme Julien ne pourrait découvrir, dans quelques semaines en observant Danny s'amuser dans le bain, qu'un de ces soirs, il empoigne un petit personnage et le cale dans l'eau en disant « méchant Danny, écoute-moi ! » Demeurer sensible et à l'affût des comportements peut nous mettre sur d'autres pistes, qui permettront de mieux rejoindre l'enfant là où il se situe...

Fournir de multiples occasions de développer des compétences

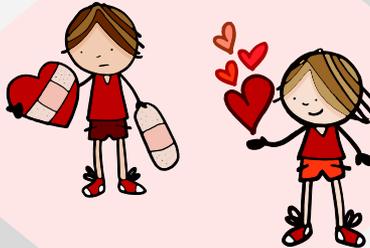
En plus de fournir des occasions d'expression de soi, les activités dont il vient d'être question constituent autant d'occasions de découvrir des intérêts, des habiletés, des méthodes de travail également. Le chemin cérébral le plus fréquenté par ces enfants ayant vécu un niveau toxique de stress les a en quelque sorte détournés du chemin d'apprentissage permettant de développer les fonctions exécutives de leur cerveau. D'où l'importance de fournir des opportunités variées de développer des compétences, auprès d'adultes sensibles, capables de jouer le rôle de modèles. Que l'enfant gagne confiance en sa capacité générale d'apprendre demeure un tremplin de résilience indéniable : en ce sens, que tous les adultes entourant l'enfant y travaillent n'est certes pas accessoire pour la reprise de son développement.

L'apprentissage de processus de résolution de problèmes, de communication efficace sont des atouts précieux pour sortir graduellement des ornières dans lesquelles le vécu traumatique a placé la personne. Prendre l'enfant à témoin de moments où l'adulte exécute à voix haute un processus

de résolution de problème permet d'apprendre par observation qu'il est possible, grosso modo, de se calmer, de prendre du recul, de bien identifier le problème, de jongler à des moyens possibles, d'en sélectionner un et de l'appliquer.

Il y aurait bien plus à dire que ces quelques idées- clés, mais le lecteur intéressé trouvera plus amples informations, de même que les références complètes des ouvrages évoqués dans ce dépliant, dans la trousse « Une pratique intégrant la notion de trauma ».

* Vous trouverez les références des auteurs cités dans le document « De la théorie à la pratique » de la présente trousse.



A. Trauma / Historique de pertes*

A. Trauma/Historique de pertes

Type de Trauma	Oui	Suspecté	Non	Inconnu	Âge(s) lors de l'événement (Cochez les cases appropriées — par exemple suite à un abus sexuel de 6 à 9 ans, les cases 6, 7, 8 et 9 seraient cochées)																			
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					Abus sexuel ou agression sexuelle/ viol																			
Abus ou agression physique																								
Abus émotionnel/ maltraitance psychologique																								
Négligence																								
Accident grave ou maladie/ procédures médicales																								
Témoin de violence conjugale																								
Victime/témoin de violence dans la communauté																								
Victime/témoin de violence à l'école																								
Désastres naturels ou humains																								
Déplacement forcé																								
Guerre/Terrorisme/Violence politique																								
Victime/témoin de violence personnelle ou interpersonnelle extrême																								
Deuil ou séparation traumatique (n'inclut pas le placement en famille d'accueil)																								
Trauma induit par le système																								

B. Réactions courantes de stress traumatique

(Répondez aux questions B1-B4 en réponse à la situation COURANTE seulement)

	Oui	Suspecté	Non	Inconnu	Définition (cochez Oui si l'enfant présente l'un des descripteurs ci-dessous)
1. Reviviscence					Ces symptômes consistent en des difficultés concernant les souvenirs ou rappels intrusifs d'événements traumatiques, incluant des cauchemars, flashbacks, reviviscence intense des événements, et jeux répétitifs avec des thématiques liées aux expériences traumatiques spécifiques. Est aussi incluse une réactivité prononcée aux rappels de trauma et de perte(s). Ces symptômes font partie des critères du DSM-IV pour le TSPT.
2. Évitement					Ces symptômes incluent tout effort pour éviter des stimuli associés aux expériences traumatiques. L'enfant peut éviter certaines places ou personnes, ou peut éviter de discuter des détails du trauma. Ces symptômes font partie des critères du DSM-IV pour le TSPT.
3. Émoussement de la réactivité					Ces symptômes d'émoussement de la réactivité générale font partie des critères du DSM-IV pour le TPST. Ces réponses n'étaient pas présentes avant le trauma. Les symptômes d'émoussement incluent des sentiments de détachement ou d'aliénation, une gamme réduite d'émotion (p. ex. incapable d'avoir des sentiments d'amour), un sentiment de désynchronisation par rapport aux autres, ou encore avoir le sentiment d'un avenir bouché, qui ne pourra plus se dérouler normalement.
4. Hyperactivité neuro végétative					Ces symptômes consistent en des difficultés induites par une hypervigilance (une conscience exagérée des dangers potentiels), de la difficulté à se concentrer, des réactions de sursaut exagérées, de la difficulté à s'endormir ou rester endormi, et une irritabilité ou des accès de colère. Les enfants présentant ces symptômes semblent souvent distraits, impulsifs ou inattentifs, ce qui porte souvent à un mauvais diagnostic de TDAH.

C. Attachement

	Oui	Suspecté	Non	Inconnu	Définition (Cochez Oui si l'enfant présente l'un des descripteurs ci-dessous)
1. Difficultés d'attachement (troubles)					Cette catégorie se réfère aux difficultés qu'un enfant peut avoir à former ou maintenir une relation avec une figure significative, parentale ou autre. Elle est reliée au sentiment de sécurité et de confiance que l'enfant exprime par rapport aux interactions interpersonnelles. Souvent, les enfants ayant des difficultés d'attachement vont interagir de façon étrange en présence de nouvelles personnes. Ils peuvent créer des liens trop rapidement (p. ex. faire des câlins aux étrangers et s'asseoir sur leurs genoux), ou être incapables de s'engager de manière appropriée (p. ex. éviter le contact visuel et échouer à s'engager dans des interactions ou conversations appropriées)

D. Comportements nécessitant une stabilisation immédiate

	Oui	Suspecté	Non	Inconnu
1. Idéations suicidaires				
2. Abus de substance(s)				
3. Troubles du comportement alimentaire				
4. Troubles sérieux du sommeil				

(Répondez aux questions E1-E12 en réponse à la situation COURANTE seulement)

	Est-ce que ceci interfère avec le fonctionnement quotidien de l'enfant à la maison, à l'école ou dans la communauté?				Comment reconnaître les comportements problématiques (cochez Oui si l'enfant présente l'une des caractéristiques ci-dessous)
Régulation des émotions	Oui	Suspecté	Non	Inconnu	Définitions
1. Anxiété					Les enfants anxieux semblent souvent tendus. Des inquiétudes peuvent interférer avec leurs activités et ils peuvent chercher à ce que les autres les réassurent ou être collants. Ces enfants peuvent être tranquilles, se conformer aux exigences, et tendre à plaire, et donc peuvent ne pas se faire remarquer. Les enfants anxieux peuvent faire état de peurs, de symptômes de panique, et de plainte de nature physique, sursautent facilement, ou ont des pensées/actions involontaires répétitives.
2. Dépression					Les enfants dépressifs peuvent sembler éplorés/tristes, démontrer une baisse d'intérêt pour certaines activités, avoir de la difficulté à se concentrer, ou être irritables. Ils peuvent également manifester une humeur dépressive, se retirer socialement, éprouver des troubles du sommeil, de poids ou d'alimentation, subir des pertes de motivation ou d'espoir, utiliser l'agression verbale, être grognons ou renfrognés, ou démontrer de la négativité. Ils peuvent avoir fréquemment des plaintes ou problèmes d'ordre physiologique.
3. Dérégulation des affects					Les enfants souffrant d'une dérégulation des affects peuvent avoir de la difficulté à exprimer certaines émotions, qu'elles soient positives ou négatives, et peuvent éprouver de la difficulté à s'engager totalement dans une activité. Ils peuvent avoir de la difficulté à moduler ou exprimer des émotions, ainsi qu'à réguler leur cycle de sommeil et d'éveil, de même qu'ils peuvent vivre une peur ou un sentiment d'abandon intense.
4. Dissociation					Les enfants qui vivent de la dissociation peuvent facilement être distraits ou « dans la lune ». Ils peuvent sembler être ailleurs et émotionnellement détachés ou apathiques. Ils sont fréquemment inattentifs et ont parfois de rapides changements de personnalité, souvent associés aux expériences traumatiques.
5. Somatisation					La somatisation est définie comme la récurrence de plaintes d'ordre physiologique sans cause physique apparente. Les enfants peuvent rapporter des maux de ventre ou de tête, de même que de la cécité, des pseudo-convulsions, ou de la paralysie.

(Répondez aux questions E1-E12 en réponse à la situation COURANTE seulement)

Régulation des émotions	Est-ce que ceci interfère avec le fonctionnement quotidien de l'enfant à la maison, à l'école ou dans la communauté?				Comment reconnaître les comportements problématiques (cochez Oui si l'enfant présente l'une des caractéristiques ci-dessous)
	Oui	Suspecté	Non	Inconnu	Définitions
6. Attention/ Concentration					Les enfants ayant des troubles de l'attention, de concentration et d'accomplissement de tâches ont souvent de la difficulté à terminer leurs travaux scolaires, ou ils peuvent difficilement former des relations solides avec leurs pairs.
7. Comportement suicidaire					Cette catégorie inclut les actions posant potentiellement un danger pour la vie de la personne, qu'elles soient superficielles ou sérieuses. Parmi les exemples : un surdosage, se couper les poignets, ou causer volontairement un accident de voiture.
8. Automutilation					Lorsqu'une personne se fait délibérément mal. Cette catégorie peut inclure des coupures, se donner des coups de poing, s'arracher des cheveux ou des cils, se pincer la peau à en laisser des marques, se brûler, ainsi qu'inhaler ou prendre une surdose de médicaments.
9. Régression					L'enfant cesse des comportements adaptatifs précédemment utilisés. L'enfant peut recommencer à se souiller après avoir été mis propre avec la toilette, et peut utiliser du babillage ou refuser de s'endormir seul alors que ces comportements étaient précédemment maîtrisés.
10. Impulsivité					Agir ou parler sans tout d'abord penser aux conséquences.
11. Comportements oppositionnels					Défini par des comportements négatifs, hostiles et provocateurs. L'enfant peut perdre les nerfs régulièrement, argumenter avec les adultes et refuser d'obéir aux règles des adultes. L'enfant peut délibérément agacer les gens et blâmer les autres pour ses erreurs ou sa mauvaise conduite.
12. Problèmes de conduite					Comprend de multiples problèmes de comportement. L'enfant peut être physiquement ou verbalement agressif envers les autres ou envers des animaux. Les enfants ayant des problèmes de conduite peuvent détruire la propriété d'autrui, voler, contrevenir à la loi, ou allumer des feux. Ils peuvent s'enfuir de la maison ou démontrer des comportements sexuels promiscueux ou agressifs.