



Traumatisme psychologique chez le nourrisson¹

Evelyn Wotherspoon, Erinn Hawkins et Pamela Gough

Introduction

Les nourrissons et les tout-petits maltraités ou négligés peuvent être traumatisés sur le plan émotionnel. Les traumatismes que connaissent les enfants en bas âge diffèrent de ceux vécus par les adultes, sous de nombreux aspects fondamentaux. D'ailleurs, les causes et les symptômes de traumatisme chez le nourrisson diffèrent de ceux constatés chez les enfants plus vieux et chez les adultes, parce que les très jeunes enfants ne sont pas bouleversés ou effrayés par les mêmes choses que les adultes, et que les enfants d'âge préverbal ne savent pas gérer des émotions intenses de manière indépendante. De plus, le stress chronique, associé à de multiples épisodes traumatisants, peut nuire profondément au développement physique, cognitif et psychologique de l'enfant.² Il est important que les travailleurs en service social individualisé à l'enfance comprennent ces différences fondamentales. Ce feuillet d'information vise donc à expliquer les répercussions du stress et du traumatisme sur le développement du nourrisson ainsi qu'à aider les travailleurs en service social individualisé à l'enfance à comprendre comment répondre aux besoins des enfants traumatisés et de ceux qui en ont la charge.

Qu'est-ce qui peut traumatiser un nourrisson?

Les bébés ont une faible capacité de s'abstraire de situations pénibles et de comprendre et gérer leurs états émotionnels. Ils dépendent entièrement de leurs parents ou responsables pour reconnaître leurs besoins et y répondre par des gestes réconfortants. Il est normal et même sain pour un enfant d'éprouver un peu de stress, mais le stress devient traumatisant et dommageable lorsque l'enfant subit des

périodes fréquentes et prolongées de forte excitation émotionnelle sans être réconforté par un adulte. Les torts physiques et psychologiques causés par une *détresse insupportable répétée* nuisent profondément au développement du jeune enfant.³

Les voies cérébrales de la mémoire se développent avec le temps, alors le bébé n'a pas la capacité des enfants plus vieux ou des adultes de se rappeler des événements précis. Il n'en est pas pour autant immunisé contre les effets des expériences stressantes. Les circuits neuronaux qui gèrent le stress sont particulièrement malléables durant la prime enfance.⁴ Les expériences façonnent le développement de ces circuits, leur facilité à être activés et par conséquent leur rapidité à maîtriser l'excitation des phénomènes psychologiques et physiologiques liée au stress (respiration, rythme cardiaque, pression artérielle). Si le stress et les traumatismes chroniques peuvent modifier un cerveau d'adulte, ils peuvent endommager gravement l'*organisation* du cerveau du bébé.⁵

Les hormones du stress, y compris le cortisol, sont libérées dans le cerveau du bébé lorsqu'il est bouleversé.⁶ Par sa relation avec le nourrisson, le parent ou le responsable gère le stress associé aux émotions désagréables, telles que malaise physique, peur ou détresse, modulant ainsi la durée de libération du cortisol et sa quantité. Toutefois, lorsque le très jeune enfant ne se sent pas en sécurité avec le parent ou le responsable, par exemple en cas de violence familiale ou d'abus, ou lorsqu'il n'obtient pas la réponse pressentie à ses signaux de détresse, par exemple en cas de négligence, son système de réaction au stress est activé sans connaître de résolution. Une exposition constante et à long terme à un stress élevé se solde par l'accumulation

Définitions des formes de stress positive, tolérable, et toxique

Le « stress constructif » fait référence aux réactions de stress modérées et de courte durée, qui font partie intégrante d'un développement sain, et qui sont vécues dans un contexte de relations aimantes et constructives. Par exemple, le stress occasionné par une frustration, par une blessure légère ou par l'entrée dans une nouvelle classe est un stress constructif.

Le « stress supportable » est associé à des événements stressants pouvant être coûteux sur le plan émotif, mais d'ordinaire vécus moins longtemps que dans le cas du stress toxique, ce qui donne au cerveau le temps de récupérer pour ainsi éviter les effets néfastes potentiels. Il s'agit entre autres de graves événements pénibles comme la perte d'un être cher, pourvu que ce stress soit vécu dans un environnement sûr et que l'enfant dispose d'un soutien psychologique adéquat. Sans amour ni soutien moral, un stress qui devrait être supportable peut se révéler toxique.

Le « stress toxique » est un terme utilisé par les chercheurs pour désigner une activation intense, fréquente et prolongée du système de réponse au stress. Une exposition extrême au stress, comme en cas de grande violence chronique, peut causer un stress toxique nuisible au développement du cerveau, qui demeure plus petit que la normale. Dans le cas d'une exposition moins extrême au stress toxique, le seuil d'activation du système de réponse au stress de l'enfant peut être abaissé, de sorte qu'il réagisse à des événements que les autres jugeraient non stressants, accroissant ainsi le risque de maladies physiques ou mentales liées au stress.

Extrait de : National Scientific Council on the Developing Child. (2005). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain*. Document de travail n° 3. Site consulté le 8 mars 2009 : www.developingchild.net/pubs/wp/excessive_stress.pdf

d'une grande quantité de cortisol dans le cerveau, qui peut avoir un effet toxique sur le développement de celui-ci et causer des modifications permanentes à sa structure (voir l'encadré).

Le comportement du responsable de l'enfant peut accentuer ou atténuer les effets du stress chez le très jeune enfant, en particulier chez un enfant de moins de cinq ans. Les parents limitent les conséquences néfastes du stress chez le bébé en répondant aux signaux qu'il donne par des gestes de réconfort, réduisant ainsi les effets néfastes de ces expériences sur le très jeune enfant. Malheureusement, certains parents éprouvent de la difficulté à être à l'écoute de leur enfant, et d'autres sont même pour lui une source de stress. Par exemple, lorsque les parents sont profondément déprimés ou préoccupés par différents problèmes, il arrive qu'ils soient incapables de répondre aux signaux de leur enfant. Dans certains cas, les pleurs mêmes du bébé peuvent provoquer chez le parent un stress qu'il a de la difficulté à maîtriser. Quand les parents sont source de crainte pour leur enfant, soit parce qu'ils sont physiquement ou psychologiquement violents envers lui ou l'un envers l'autre, ou encore parce qu'ils ne sont jamais sensibles aux signaux de stress qu'il donne, par exemple dans les cas de négligence grave ou chronique, le bébé subit le stress intense décrit ci-dessus.⁷ C'est ce qu'on appelle le traumatisme « cumulatif » ou « relationnel », lié à d'importants torts psychologiques marquant les personnes pour la vie ou, dans des cas extrêmes, causant d'importants dommages neurologiques.⁸

De quels symptômes traumatiques les travailleurs en service social individualisé devraient-ils se préoccuper?

Le stress associé au traumatisme chronique compromet le développement optimal du cerveau, ainsi le nourrisson ou le jeune enfant qui le subit peut connaître des retards par rapport aux étapes du développement physique (s'asseoir, marcher, parler, etc.). En outre, un manque constant de soins attentionnés entraîne fréquemment des problèmes de développement des compétences socioaffectives (capacité de donner à ses responsables des signes cohérents et appropriés, d'interagir sur le plan social par des gestes, des sourires, des gazouillis, du babillage, etc.). Par ailleurs, des déficiences du système de réponse au stress chez le jeune enfant peuvent entraîner de graves troubles dans la capacité d'autorégulation.⁹

Traumatisme et autorégulation

En général, un nouveau-né en santé qui reçoit des soins fiables acquerra en quelques semaines (pas forcément cependant) des cycles réguliers de sommeil et d'éveil ainsi que d'alternance harmonieuse des périodes de tranquillité et de jeu dynamique durant la journée tout comme un horaire d'alimentation prévisible. Ces étapes d'évolution constituent un début d'autorégulation. À mesure que le bébé ou le tout-petit est de plus en plus sûr que ses responsables vont l'aider à surmonter les moments d'inconfort ou

de détresse, il devient de plus en plus apte à gérer ces états de manière cohérente et prévisible sans en être accablé. Cette capacité s'appelle l'autorégulation.

Les bébés et les jeunes enfants qui ont peur de leur responsable et qui n'ont pas appris à s'attendre à obtenir une réponse réconfortante à leurs signaux de détresse présentent souvent des problèmes d'autorégulation. Ceux-ci peuvent d'abord se manifester par des troubles de l'alimentation (les jeunes enfants, par ex., peuvent stocker les aliments, s'en remplir les joues ou les refuser) ou de digestion, par un sommeil perturbé ou des pleurs inconsolables qui ne sont pas causés par des coliques ou une maladie, par une passivité ou un manque d'énergie extrêmes, par des comportements autoapaisants primitifs persistants (se cogner la tête, se balancer, mordiller sans lien avec la dentition ou se masturber à l'excès) ou par une dissociation (périodes marquées de désorientation ou de fixité).¹⁰

Il est très important que les bébés et les tout-petits présentant ces signes alarmants soient vus par un spécialiste en santé mentale ou en soins de santé générale, car bien d'autres problèmes de santé peuvent produire des effets similaires chez les bébés, d'autres explications sont donc possibles. Par exemple, certains bébés ont des coliques pendant les premiers mois, d'autres ont un tempérament sensible et certains dispensateurs de soins ne savent pas s'y prendre avec eux. En outre, le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un bon exemple de problème de santé pouvant causer certains symptômes physiques similaires. Il est nécessaire de procurer de la formation spécialisée et du soutien aux dispensateurs de soins afin que soient traités les troubles de fonctionnement graves et persistants chez les bébés, quelle qu'en soit leur cause.

Quels sont les effets du stress ou du traumatisme chronique?

Les bébés qui subissent un stress chronique cessent de donner des signaux de détresse appropriés et présentent des problèmes d'autorégulation. Par conséquent, leur comportement est plus difficile à comprendre et ils semblent moins avenants aux dispensateurs de soins. Les chercheurs décrivent comme suit les répercussions du stress ou du traumatisme chronique :

- 1) Problèmes dans la relation d'attachement. Les nourrissons traumatisés ont généralement des difficultés à établir une relation de confiance avec leur principal dispensateur de soins¹¹. Ce problème survient souvent lorsque, dans un moment de stress où l'enfant a besoin de

réconfort, il ne le recherche pas de manière prévisible, par exemple en allant vers le dispensateur de soins. Les observateurs doivent porter attention aux interactions entre parents et bébés durant les moments de détresse du jeune enfant comme lorsqu'il a mal, est malade ou est bouleversé.

- 2) Problèmes physiques ou de santé accrus, tels que rhumes ou maladies fréquents, indigestions ou autres problèmes associés au stress¹².
- 3) Problèmes dans la gestion des émotions ou sentiments intenses, dissociation ou crises excessives qui ne correspondent pas aux stratégies comportementales habituelles de gestion des émotions. Certains experts proposent une description du jeune enfant présentant des symptômes d'hébétéude ou d'évitement, d'hyperveil ou présentant une tendance à reproduire les événements traumatisants¹³.
- 4) Problèmes cognitifs, en particulier du langage et de l'attention¹⁴.
- 5) Problèmes de comportement, tels que désobéissance, coups, morsures, coups de pied aux autres enfants ou aux adultes, hyperactivité, difficultés à attendre et à écouter¹⁵.

Le stress chronique au début de la vie est présage d'autres effets néfastes à tous ces égards.

L'intervention la plus efficace pour éviter le traumatisme chez le nourrisson est de lui procurer le plus tôt possible des relations saines, stables et conséquentes avec les dispensateurs de soins.

Quelles sont les composantes d'un plan d'intervention efficace auprès des bébés traumatisés et de leurs parents?

1. Régler le problème de violence familiale

Une intervention ne peut porter des fruits si le dispensateur de soins et l'enfant ne sont pas en sécurité sur les plans physique et psychologique. Un traitement dans un contexte de violence familiale constante, de négligence grave et constante et de placement instable a peu de chance d'être efficace. Les dispensateurs de soins et les autres professionnels peuvent ne pas comprendre que les bébés et les tout-petits ne font généralement pas la distinction entre la victime et l'auteur de la violence. Ils peuvent développer de la peur à l'égard de leurs *deux* parents.

Le parent qui est victime de violence peut faire face à des problèmes d'attachement avec son bébé, même s'il n'a pas été violent envers lui.

2. Faire appel à des spécialistes en soins de santé et en petite enfance

Les travailleurs en service social individualisé qui soupçonnent qu'un nourrisson subit des traumatismes doivent consulter des spécialistes en soins de santé connaissant bien les signes et symptômes. Remplir une liste de vérification du développement sain des nourrissons peut aider à déterminer s'il est nécessaire de demander conseil¹⁶. Les professionnels des soins de santé comme les pédiatres, les infirmières et les spécialistes du développement du jeune enfant peuvent les aider à évaluer l'état de l'enfant ainsi que de son développement. En cas de traumatisme grave, une approche multidisciplinaire est nécessaire pour établir un plan d'intervention efficace.

3. Établir un plan d'intervention pour régler les problèmes liés à l'attachement et au fonctionnement

Les dispensateurs de soins peuvent avoir besoin de conseils spécifiques pour traiter les problèmes de comportement liés aux troubles de fonctionnement et de l'attachement. Parfois, le comportement du nourrisson ou du tout-petit traumatisé rend le dispensateur de soins perplexe. Bien des méthodes de gestion du comportement généralement utilisées auprès des jeunes enfants agités, comme de laisser le bébé pleurer un peu, ou le laisser seul pendant une courte période, peuvent être inefficaces avec un enfant traumatisé, voire dommageables. Les dispensateurs de soins peuvent trouver utile de recourir à des interventions visant spécialement à établir et à stabiliser l'attachement chez l'enfant en difficulté. Les interventions efficaces visent la relation entre le dispensateur de soins et l'enfant, et le traitement s'adresse autant à l'un qu'à l'autre.

4. Atténuer les autres facteurs de risque

Parfois, l'intervention la plus efficace est de réduire le niveau de stress général au sein de la famille en s'occupant des autres difficultés auxquelles elle fait face. Les travailleurs en service social individualisé peuvent accroître les chances d'obtenir de bons résultats auprès des bébés et des jeunes enfants traumatisés en aidant la famille à obtenir des traitements de santé mentale ou de problèmes de dépendance, un logement sécuritaire et abordable, un emploi ou une garderie de qualité.

5. Planification judicieuse afin d'éviter les placements multiples

Les nourrissons et les jeunes enfants qui ont été traumatisés ne peuvent supporter des changements fréquents de placement ou de dispensateurs de soins. Même deux ou trois changements de dispensateurs durant la première année peuvent avoir de graves répercussions pour le bébé traumatisé. L'intervention la plus efficace pour éviter le traumatisme psychologique chez le nourrisson est de lui procurer le plus tôt possible des relations saines, stables et conséquentes avec les dispensateurs de soins. Par conséquent, les décisions initiales concernant l'endroit où placer une très jeune enfant doivent être prises judicieusement et tenir compte de ses besoins à long terme. La planification concertée revêt une importance primordiale pour les jeunes enfants en foyer d'accueil.

- 1 Ce feuillet d'information a été révisé par des pairs du domaine de l'aide à l'enfance.
- 2 Schore, A. (2001). Effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 22(1-2): 201-269.
- 3 National Scientific Council on the Developing Child. (2005). Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain. Document de travail n°3. Site consulté le 8 mars 2009 : www.developingchild.net/pubs/wp/excessive_stress.pdf
- 4 De Bellis, M. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150-172.
- 5 Schore, A., (2001) The effects of early relational trauma on right brain development, affect Regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.
- 6 National Scientific Council on the Developing Child. (2005). Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain. Document de travail n° 3. Site consulté le 8 mars 2009 : www.developingchild.net/pubs/wp/excessive_stress.pdf
- 7 Scheeringa, M. et Zeanah, C. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799-815.
- 8 National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force. Site consulté le 15 mars 2009 : http://www.nctsnet.org/nccts/nav.do?pid=typ_ct
- 9 Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain-a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.
- 10 Maughan, A. et Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, 1525-1542.
- 11 Cassidy, J. et Mohr, J., (2001). Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3) 275-298.
- 12 Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents: White paper from the national child traumatic stress network complex trauma task force. Site consulté le 30 août 2008 : http://www.nctsnet.org/nccts/nav.do?pid=typ_ct

- 13 Van der Kolk, B. A., & Fislser, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145-168.
- 14 Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain-a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.
- 15 Manly, J., Kim, J., Rogosch, F. et Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.
- 16 Collaborative Mental Health Care, *Checklist for the Healthy Development of Infants in Foster Care*. Site consulté le 17 mars 2009 : <http://www.calgaryhealthregion.ca/mh/collaborative.htm>

Autres sources

National Scientific Council on the Developing Child.
Site consulté le 17 mars 2009 :
www.developingchild.net

National Child Traumatic Stress Network. Site consulté le 17 mars 2009 : www.nctsn.org

Infant Mental Health Promotion. Site consulté le 17 mars 2009 : www.sickkids.on.ca/imp

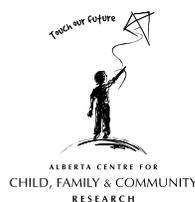
Les auteurs : *Evelyn Wotherspoon, MSS*, est travailleuse sociale et conseillère en santé mentale de la prime enfance, elle est actuellement porte-parole pour l'*Infant Mental Health & Family Law Initiative* (Initiative légale pour la santé mentale du nourrisson et sa famille). *Erinn Hawkins, PhD*, est psychologue et conseillère en santé mentale de la prime enfance spécialisée dans les traumatismes associés à la maltraitance. *Pamela Gough, MSc, MT*, est agente principale des communications au Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.

Citation proposée : Wotherspoon, E., Hawkins, E. et Gough, P. (2009). *Traumatisme psychologique chez le nourrisson*. Feuillelet d'information #75F du CEBP. Toronto, ON, Canada : Faculté de travail social Factor-Inwentash, Université de Toronto.

Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants produit et distribue des fiches d'information, afin de procurer un accès à des données à jour sur la recherche canadienne en matière de bien-être des enfants.

Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB) est l'un des centres d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants financés par l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des bailleurs de fonds des CEPB.

Ce feuillelet d'information peut être téléchargé à :
www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets



CENTRES D'EXCELLENCE POUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS

La protection et le bien-être des enfants