

# Mediation Animale en Lieu de Vie et d'Accueil pour enfants placés

# **CLAIRE BOUTILLIER & MARGOT FORTIN**

Projet soutenu et financé par la Fondation pour l'Enfance & l'ONG Vision du Monde

# **REVUE DOCUMENTAIRE**







#### Préambule

Cette présente revue documentaire a pour but de donner tous les éléments de compréhension et de justification des choix méthodologiques du rapport de recherche associé relatifs aux besoins des enfants placés en LVA. Il est préférable d'en prendre connaissance pour saisir pleinement les enjeux du travail réalisé et de la façon d'appréhender le public de la protection de l'enfance.

#### Sommaire

I - Incidence des violences sur le développement ultérieur en termes de santé	
mentale et physique	<b>p2</b>
Les conséquences des différents types de violences	p2
Programme de recherche « The Adverse Childhood Experiences » - 1995 et 1997	рЗ
II - Développement « normal » et sécurité de l'attachement	p 4
L'attachement et les Modèles Internes Opérants	р5
Nature de la relation d'attachement	p6
III - les troubles développés au-delà de la nature de la relation d'attachement	p 8
Nature insecure de la relation d'attachement	р9
Trouble de la relation d'attachement	р9
Le psychotraumatisme et ses symptômes	p10
Trouble de Stress Post Traumatique	p14
Phénomène dissociatif	p15
Enjeux du projet	p18
Bibliographie	p19

Pour comprendre les enjeux du projet, il faut commencer par présenter les caractéristiques du public concerné par ce projet de recherche appliqué.

Il s'agit d'enfants qui ont été soustraits de leur environnement familial par mesure de protection administrative ou judiciaire, car en danger. Ces enfants (comme présentés dans le rapport de recherche), ont subi des maltraitances directes ou de l'exposition à de la violence (conjugale/familiale). Comprenons tout d'abord à quoi ces situations ayant menées au placement exposent les enfants en termes d'impacts psychologiques particuliers.

Les sept enfants qui ont participés au projet ont de forts déficits sur les échelles Vineland 2 et manifestent quasiment tous des comportements auto et hétéro agressifs (se reporter au rapport de recherche appliquée).

#### I - Incidence des violences sur le développement ultérieur en termes de santé mentale et physique

Ils ont connu une ou plusieurs formes de violence dont voici les conséquences, d'après la revue documentaire de Tremblay & al., 2019.

# a- Les conséquences des différents types de violences

« Les enfants maltraités risquent de développer une multitude de problèmes de santé, notamment des retards de croissance et de développement et des problèmes physiques et psychologiques chroniques qui se prolongent pendant la vie adulte. L'abus de substances et la criminalité à l'adolescence et à l'âge adulte sont aussi fréquemment observés chez ces individus. Les effets de la maltraitance et des facteurs de risque qui y sont associés varient selon le type de maltraitance ».

Voici les principales conséquences par « famille de maltraitance ». Hélas, elles sont souvent combinées : la violence physique est par exemple toujours associée à de la violence psychologique. Les parties en italique sont des extraits des articles originaux.

#### La violence physique :

Les conséquences les plus directes de la violence physique sont les blessures, les traumatismes crâniens et des dommages aux organes internes. Les enfants violentés ont un taux élevé de problèmes de croissance, de troubles de vision et de santé buccodentaire non traités, de maladies infectieuses, de retards de développement, de troubles de santé mentale et de comportement, d'activité sexuelle précoce et à risque (...) Les traumatismes durant la petite enfance, y compris la violence physique, mènent à la sécrétion d'hormones de stress, comme le cortisol et l'adrénaline, qui sont normalement protectrices, mais qui peuvent devenir toxiques en cas de traumatismes graves ou persistants. Ces hormones de stress régulent les circuits neuronaux qui sont importants pour moduler la réaction au stress et qui, au fil du temps, sont associés à des changements structurels et fonctionnels du cerveau et d'autres organes. Influencés aussi par les épigénomes, ces changements sont liés à une dégradation de







la capacité de l'enfant à régir à de futurs agents de stress biologique et environnemental. Ils augmentent également le risque de maladie physique et mentale à l'âge adulte.

#### L'agression sexuelle d'enfants :

Les conséquences en sont : le trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'abus de substance et les symptômes dissociatifs (impression de déconnexion entre l'expérience consciente et l'environnement, le corps ou les émotions). À l'âge adulte, les victimes de ces agressions continuent souvent à souffrir de problèmes de santé mentale, sont plus enclines à s'engager dans des relations violentes. Les femmes ayant subies ces agressions pendant l'enfance sont ainsi 2 à 3 fois plus susceptibles d'être agressées sexuellement (étude ACE, 1995-1997).

### La Négligence:

Chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, le retrait social, les relations négatives avec les pairs, les difficultés académiques et la dépression sont plus communs chez les enfants négligés que chez les enfants victimes d'autre type de violence.

Les adultes qui ont été négligés pendant leur enfance présentent un risque de s'engager dans des relations violentes similaire à celui des adultes qui ont été abusés physiquement pendant leur enfance. Les études sur les conséquences de la négligence montrent qu'elle est directement corrélée avec des troubles graves de la relation d'attachement, comportant un risque majeur de développement des stratégies d'attachement. A long terme, les perturbations de la personnalité sont présentes.

#### La violence psychologique :

Les enfants victimes de violence psychologique peuvent connaître un stress chronique qui mène à des problèmes physiques et/ou émotifs comme des comportements à risque (par ex., l'abus d'alcool) et des troubles psychiatriques précoces et persistants.

#### L'exposition à la violence conjugale:

Même lorsque l'exposition à la violence conjugale ne mène pas à une inadaptation cliniquement significative, elle peut causer des distorsions (par ex., des attitudes favorables à l'égard de la violence) qui prédisposent les enfants à connaître ultérieurement des problèmes plus sévères (par ex., croire qu'ils sont responsables de la violence conjugale ou devenir eux-mêmes violents). Comparativement aux enfants vivants dans des foyers non-violents, ceux qui sont exposés à la violence conjugale sont plus agressifs et anxieux et ils rencontrent plus de difficultés avec leurs pairs et à l'école.

Le programme ACE décrit ci-dessous donne également des éléments à considérer.

# b- Le programme de recherche « The Adverse Childhood Experiences » - 1995 et 1997

Ce programme se fonde sur l'analyse des trajectoires de vie de 9 508 adultes en fonction des expériences négatives vécues pendant leur enfance.

Sept catégories d'expériences négatives pendant l'enfance ont été étudiées : les abus psychologiques, physiques ou sexuels ; la violence exercée contre la mère ; le fait de vivre avec des membres du ménage qui étaient toxicomanes, malades mentaux ou suicidaires, ou déjà emprisonnés.

Le nombre de catégories de ces expériences défavorables pendant l'enfance a ensuite été comparé aux mesures du comportement à risque des adultes, de l'état de santé et de la maladie. (Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. 1998). Les résultats sont les suivants ; il y a un lien significatif et cumulatif « entre le nombre de catégories d'exposition pendant l'enfance et chacun des comportements et maladies à risque pour la santé des adultes qui ont été étudiés (P <.001). Les personnes qui avaient subi au moins quatre catégories d'exposition pendant l'enfance, par rapport à celles qui n'en avaient pas connu, présentaient des risques de santé 4 à 12 fois plus élevés pour l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression et la tentative de suicide; une augmentation de 2 à 4 fois du tabagisme, une mauvaise auto-évaluation de la santé, un risque accru de contraction de maladies sexuellement transmissibles; et une augmentation de 1,4 à 1,6 fois de l'inactivité physique et de l'obésité sévère. »

# Également l'étude de Gunnar et al (2009) nous apprend que :

« La recherche sur les humains suggère de plus en plus que les stresseurs sévères et précoces (p. ex., les traumatismes, la maltraitance, la négligence) peuvent résulter en une diminution du volume du cerveau, une dérégulation du système neuroendocrinien de réponses au stress, et un dysfonctionnement limbique... ». Toutefois, (...) une petite partie de la littérature émergente suggère que les effets négatifs du stress ne sont pas toujours irréversibles. Les interventions qui améliorent le soutien économique et affectif des enfants qui subissent un stress considérable ont montré leur capacité à améliorer l'adaptation comportementale et affective ainsi que la régulation normative de l'axe HPA. »

En synthèse, à court terme les enfants de notre étude ont davantage de probabilités de développer des troubles des conduites – ils utilisent l'agressivité, la provocation ou l'opposition pour obtenir l'attention. A court, moyen et long terme, ils ont davantage de probabilité de développer des problèmes de santé mentale et physique, comparativement aux individus tout venant.

D'autre part, voyons l'incidence de la violence et particulièrement des violences intrafamiliales sur la trajectoire de l'enfant en termes de santé mentale et de relations interpersonnelles. Ces aspects sont considérés du point de vue de la théorie de l'attachement, présentée ci après. En effet, il est établi que les relations maltraitantes de la figure d'attachement primaire à l'enfant aboutissent généralement à l'établissement d'un attachement insecure voir à un trouble de la relation d'attachement de type désinhibé (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010).

#### II - Développement « normal » et sécurité de l'attachement

Partons du développement dit normal et de ce qui est habituellement nécessaire (et prodigué dans les familles) afin de permettre une adaptation optimale des enfants.







#### a- L'attachement et les Modèles Internes Opérants

« La théorie de l'attachement », a été développée par John Bowlby, un psychiatre anglais, dans les années 50.

Dans ce cadre, l'attachement n'est pas seulement l'amour, l'affection ni les marques d'affection que l'on adresse à l'enfant, même si cela est indispensable à bonne qualité de la relation d'attachement. On peut aimer profondément un enfant et pourtant développer avec lui une relation d'attachement qui ne lui soit pas bénéfique. La théorie de l'attachement met en lumière que l'enfant, profondément dépendant et vulnérable, a besoin pour se développer dans les meilleures conditions de se sentir en totale sécurité avec les adultes qui prennent soin de lui. Il doit sentir qu'il peut en toute circonstance pouvoir compter sur eux. C'est ce sentiment de sécurité qui va permettre à l'enfant, passés les premiers mois, de se tourner vers son environnement et de l'explorer.

On nomme l'adulte qui prend soin de l'enfant de façon régulière et intensive et qui créé un lien affectif avec l'enfant : « figure d'attachement » (FA) ou « donneur de soin » ou encore « base de sécurité ».

La FA permet a pour fonction d'assurer :

- **La sécurité affective de l'attachement** de l'enfant lui permettant de se rapprocher de sa figure d'attachement (ou de la faire venir à lui) en cas de stress



Lorsque le bébé active des signaux d'attachement (par exemple, en pleurant), sa figure d'attachement se rapproche. De cette façon, l'enfant apprend qu'en cas de besoin, il peut compter sur elle. Avec elle, il se sent aimé et protégé.

- La sécurité de l'exploration qui lui est apportée par sa figure d'attachement et qui lui permet de s'en éloigner pour découvrir son environnement (tout en vérifiant de temps en temps qu'elle est bien disponible pour lui)

Selon Bowlby, l'attachement est un besoin inné pour l'enfant, aussi vital que s'alimenter.

C'est pourquoi l'enfant dispose à sa naissance d'un ensemble de comportements lui permettant d'établir le lien d'attachement et de faire venir à lui sa figure d'attachement : les pleurs, le contact œil à œil, les sourires, la succion, l'agrippement...

L'enfant se construit alors à travers ses relations avec ses figures d'attachement. En grandissant, l'enfant ne va plus seulement avoir comme modèle ses relations avec ses parents mais aussi avec d'autres personnes qui prennent soin de lui.

Selon la qualité de ses relations, l'enfant va construire sa représentation du monde et en conséquence sa façon de se comporter dans le monde (les Modèles Internes Opérants):

- Modèle de soi : suis-je aimable, ai-je ma place dans cette famille ? dans ce groupe ? dans le monde ? L'estime de soi se construit en premier lieu dans la sécurité de l'attachement.
- Modèle des autres : les autres sont-ils dignes de confiance ou non ? Perception du monde : est-il accueillant ou effrayant ?

L'enfant va développer un modèle de compréhension du monde plus ou moins positif. Schématiquement, voyons ci-dessous comment l'enfant, en fonction de ses modèles internes opérants, construit les représentations qu'il a de lui, des autres et du monde.

#### **Modèles Internes Opérants**

Vision de Moi : Aimable

Vision des Autres : Dignes de confiance

Vision du Monde: Excitante



#### **Modèles Internes Opérants**

Vision de Moi : Non aimable

Vision des Autres : Indignes de confiance

Vision du Monde: Effrayante



#### b- la nature de la relation d'attachement

C'est la psychologue M Ainsworth (1969) qui va mettre en lumière comment les comportements de l'adulte vis-à-vis de l'enfant influencent la qualité de la relation. Selon la façon dont l'adulte prend soin de l'enfant, celui-ci va avoir avec lui un attachement dit sécurisé (c'est-à-dire que la Figure d'Attachement remplit les fonctions de sécurité affective et d'exploration) ou insécurisé. Une situation expérimentale (la « Strange Situation ») permet d'observer le comportement des enfants (à partir de 12 mois) lors de la séparation et des retrouvailles avec sa figure d'attachement : le parent sort quelques instants d'une pièce de type « salle d'attente », l'enfant y restant en compagnie d'un adulte inconnu bienveillant. On distingue 3 styles de réactions possibles de l'enfant, classés comme suit :

- Sécurisés (Secure)







L'enfant sécurisé recherche le contact avec la figure d'attachement, surtout au moment des retrouvailles. Le contact peut être établi à distance. L'enfant de ce groupe n'est pas forcément perturbé par la séparation. S'il l'est, il se laisse réconforter par l'étrangère dans la pièce. L'enfant sécurisé se sert de sa mère comme d'une base de sécurité.

#### - Insécurisés (Insecure) – Anxieux évitant

L'enfant montre généralement peu de détresse lors de la séparation. L'enfant est dans l'évitement du contact avec la figure d'attachement lors des retrouvailles. S'ils sont pris dans les bras, ces enfants ne résistent pas, toutefois ils ne cherchent pas non plus à conserver ce contact.

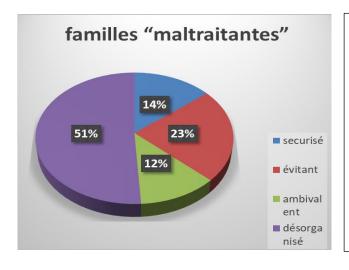
### - Insécurisé (Insecure) – Anxieux résistant dit encore Ambivalent

L'enfant semble ressentir de la détresse en l'absence de sa mère. Quand elle revient, l'enfant recherche le contact mais, une fois celui-ci établi, l'enfant veut s'en défaire, non sans protester lorsqu'il est effectivement relâché. Le ton est surtout celui de la colère et de la détresse, ou encore celui de la résistance relationnelle. L'enfant peut résister à être pris et en même temps résister à être posé.

Avec le temps, un quatrième groupe a été décrit : le groupe désorganisé (Main & Cassidy 1985). Les enfants de ce groupe sont désorientés face à la séparation et aux retrouvailles, ils ont tendance à se montrer incertains quant à la stratégie comportementale à adopter. La figure d'attachement peut ellemême avoir vis-à-vis de l'enfant une attitude très versatile, qui fait que l'enfant ne sait jamais à quoi s'attendre, entre moments de tendresse et de rejet.

Ces enfants développent leurs trajectoires de vie au gré des expériences, résiliences, opportunités de vie. Cette catégorisation résulte en facteurs de protection (attachement sécure) ou de risque (attachement insécure) face à l'adversité.

Dans la continuité de ce modèle, selon l'article de Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (2010), voici la répartition de la nature de la relation d'attachement de l'enfant à sa figure d'attachement primaire selon la modalité « maltraitance », voici les résultats.



51% de ces enfants n'ont pas de stratégie face à la séparation. Ils emploient des comportements sans cohérence (désorganisé) :

Comportements contradictoires
Evitement et recherche de contact
Mouvements incomplets, interrompus
Stéréotypies

Sidération, ralentis, peur Déplacements erratiques

35% ont une stratégie relationnelle mal adaptée (évitant + ambivalent)

14% ont une stratégie relationnelle adaptée (sécurisé)

Notre objectif est donc de tendre à modifier la stratégie relationnelle des enfants qui initialement ont un attachement désorganisé, évitant ou ambivalent (et donc des stratégies relationnelles inappropriées). A défaut de pouvoir directement agir sur la qualité d'attachement qui relie l'enfant à ses figures d'attachement, nous allons chercher à outiller l'enfant sur ses stratégies, postulant que l'expérimentation de relations interpersonnelles positives puissent à terme modifier les MIO de l'enfant. Nous souhaitons ainsi faciliter l'établissement de relations d'attachement sécure entre les enfants et les professionnels qui en prennent soin (figures d'attachement compensatoires) en formant les adultes et en permettant aux enfants d'adapter leurs comportements.

Anne-Sophie Deborde et al. (2016) ajoutent ceci : « Ainsi, les Modèles internes opérants (MIO) peuvent être assimilés à des filtres, au travers desquels l'individu interpréterait son environnement. Ils conditionneraient ses capacités à prendre des décisions et à planifier ses comportements en situations interpersonnelles. Des recherches récentes montrent que l'influence des MIO ne se limite pas au secteur interpersonnel ; ils sont en lien avec d'autres domaines, sans relation directe avec les problématiques sociales, comme l'attention (...), les stratégies de résolution de problèmes (...), les résultats scolaires (...) et même l'efficience intellectuelle (...) . Sur un plan plus global, les études montrent qu'ils ont également un retentissement sur la santé mentale ».

#### III - les troubles développés au-delà de la nature de la relation d'attachement

La vie des enfants placés est à appréhender sous plusieurs angles :

- 1. Un attachement insecure (facteur de risque), Ou
- 2. Un possible trouble de la relation d'attachement (faisant le lit de troubles de la personnalité), Et/ou
- 3. Un ou des traumatismes, impliquant des états de Stress Post Traumatique, ou de stress chronique, ou d'états de dissociation. Chacun de ses états correspondant à une symptomatologie particulière.



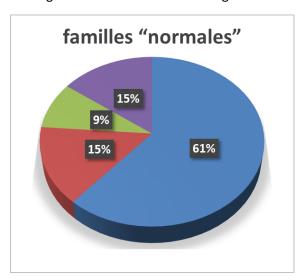


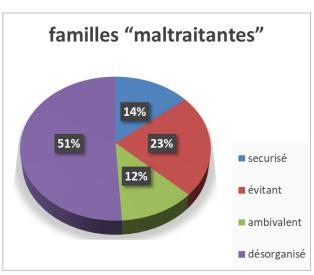


Analyse point par point :

#### a- Nature insecure de la relation d'attachement

Largement surreprésenté dans les familles ou il y a eu de la maltraitance (MH Van Ijzendoorn, M J Bakermans-Kranenburg, 2010), le fait pour un enfant d'avoir développé des stratégies relationnelles inadaptées est un facteur de risque quant à ses capacités d'adaptation ultérieures. Il reproduit les mêmes stratégies avec les personnes qu'il côtoie jusqu'à ce qu'il puisse développer de nouvelles stratégies relationnelles avec une figure d'attachement compensatoire.





La nature de la relation d'attachement dans l'enfance ne constitue pas en un trouble de la personnalité mais bien en un facteur de risque de l'adaptation et de la santé mentale et physique de l'individu.

Au-delà des comportements présentés par le sujet, les enfants à l'attachement insecure ont un niveau de cortisol plus élevé que ceux à l'attachement secure en cas de situation stressante, les dégâts liés aux hormones du stress sur le système nerveux et les organes sont donc majorés.

## b- Les troubles de la relation d'attachement

Pour certains enfants, la maltraitance conduit non pas « seulement » à la nature insecure de l'attachement, mais en le développement d'un trouble psychopathologique. Ceux-ci sont décrits dans la CIM 10 sous l'intitulé « les troubles du fonctionnement social débutant dans l'enfance ».

L'un est nommé « trouble de réactionnel de l'attachement dans l'enfance » et l'autre « trouble de l'attachement dans l'enfance avec désinhibition ». Ces troubles sont en principe liés à des antécédents de négligence grave (Prior, Glaser 2010), mais tous les enfants qui ont vécus de la maltraitance ne développeront pas ce trouble.

Ces troubles impactent la structure de personnalité du sujet, et leur prévalence parmi la population tout venant et maltraitée n'est pas connue. Le trouble d'attachement dans l'enfance avec désinhibition semble non réversible, contrairement au trouble réactionnel de l'attachement, qui peut bénéficier d'un attachement sécurisé avec une figure d'attachement compensatoire. Cela peut signifier qu'une large proportion de patients ayant subis des violences et des carences dans l'enfance pourrait améliorer ses conditions de vie grâce à des interventions ciblées.

Il est enfin important de noter, comme nous le constatons dans le rapport de recherche lors de la passation des Vineland 2, que le trouble de la relation d'attachement présente une sémiologie proche de celle des troubles autistiques (Wahl et al. 2010). Toutefois, malgré des similitudes dans le fonctionnement observable des enfants, la prise en charge n'est pas la même. Ces éléments nous confortent dans l'idée d'améliorer la sécurité de l'attachement pour une évolution positive du développement de ces enfants.

#### c- Le psychotraumatisme et ses symptômes

Les comportements et symptômes de l'enfant peuvent également être illustrés par les conséquences des psycho traumatismes vécus.

Selon la catégorisation de TERR, 1991, il existe deux grands types de psycho traumatismes

- Type 1 : événement unique / son évaluation va dépendre de la présence de symptômes liés au Stress Post Traumatique (SPT)
- Type 2 : évènements multiples, répétés et prolongés (ex : violence entre les parents, maltraitance de l'enfant) / on constate alors chez les sujets, en plus de symptômes liés au SPT, que d'autres symptômes coexistent : dysrégulation émotionnelle, troubles du comportement, symptômes dissociatifs marqués

Et Solomon et Heide, 1999 en ajoutent un troisième

- Type 3 : L'exposition à des traumatismes multiples, envahissants et violents débutants à un âge précoce et présent sur une longue période (plus de 1 an).

Certains auteurs, pour les traumatismes de type 2 ou 3, parlent de « traumatismes complexes » voir, à la suite de Van Der Kolk (2020) de « trouble du développement traumatique », sans que ce trouble ait été accepté par les manuels de classification CIM 10 ou DSM 5.

Cela donne pourtant une idée de l'ensemble des symptômes présents dans ces cas de figure, comme la dérégulation affective et physiologique, personnelle et relationnelle, de l'attention et de déficience fonctionnelle.

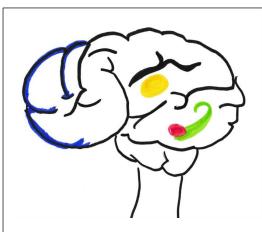






Pour comprendre le propos qui va suivre, je vous propose un a parte sur le fonctionnement du cerveau en temps « normal » et soumis à une situation effrayante, composé de 3 vignettes.

Vignette 1 « L'activité psychologique est fondamentalement une activité d'association et de synthèse »



# Légende :

Cortex Préfrontal : zone de la prise de décision éclairée, de l'adaptation

Thalamus : récupère et redirige les informations sensorielles comme une « gare de triage »

Amygdale: Filtre des émotions et Donneur d'Alerte face au danger

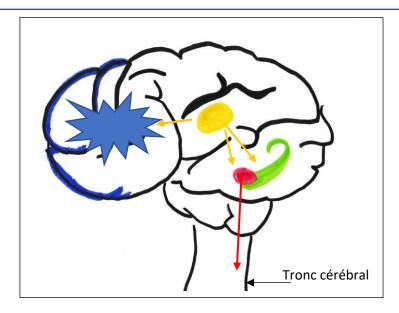
Hippocampe : stockage de la mémoire autobiographique en lien avec les émotions

! Dessin personnel, les proportions ne sont pas scrupuleusement respectées !

L'activité de synthèse (autrement appelée intégration) est l'association constante des composantes de nos expériences (représentations, sentiments, informations sensorielles, souvenirs, émotions). Cette action est naturelle est répond au besoin de se sentir UNIFIE (rester le/la même quelques soient les événements traversés).

Dans ce système, la fonction de l'Amygdale est d'être le filtre qui analyse si l'événement procure des émotions agréables : dans ce cas, l'individu cherche à le reproduire / ou désagréables : l'individu cherchera à l'éviter. Le principe étant que l'amygdale arrive à l'équilibre entre le plaisir et le déplaisir/stress.





! Dessin personnel, les proportions ne sont pas scrupuleusement respectées !

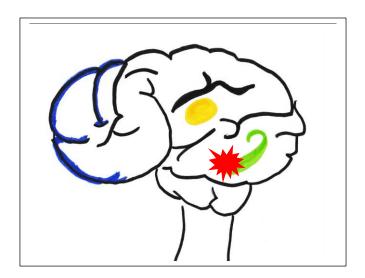
En cas de perceptions (informations sensorielles) effrayantes, le Thalamus déroute l'information du cortex préfrontal ; l'Amygdale et l'Hippocampe analysent et mémorisent plus ou moins partiellement la situation et envoient directement les informations au tronc cérébral pour mettre un place la meilleure stratégie comportementale : la Lutte, La fuite, ou le figement.







Vignette 3 « Quand la situation de stress perdure et devient « peur sans solution » »



Si la situation perdure et/ou se répète trop souvent, le système est débordé et s'épuise. Les hormones du stress envoyées massivement pouvant provoquer de lourds dégâts dans l'organisme, c'est cette fois l'amygdale qui est isolée du système. L'enregistrement des événements est incomplet dans l'hippocampe comme dans le cortex préfrontal, avec des détails néanmoins saillants. Il résulte sur le moment une anesthésie physique et émotionnelle, pouvant donner lieu à des symptômes de dépersonnalisation.

En cela, la dissociation est donc un mécanisme de survie « anti-naturel », mais qui va protéger l'individu des situations extrêmes dans lesquelles il n'a aucune autre option.

#### Retour au propos principal:

Selon les classifications de TERR, Solomon et Heide, deux mécanismes ou troubles méritent d'être présentés ici, représentant pour certains enfants placés un nouvel angle de compréhension de leurs comportements et conduites :

#### le trouble de stress post traumatique

Barnhill, 2020, décrit ce trouble de cette manière : « Les personnes atteintes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) présentent typiquement des symptômes appartenant à chacune des quatre catégories suivantes :

- Symptômes d'intrusion (l'événement envahit leurs pensées de manière répétée et de façon incontrôlable)
- Comportement d'évitement de tout ce qui leur rappelle l'événement
- Effets négatifs sur les pensées et l'humeur
- Altération de la vigilance et des réactions »

Nous connaissons bien le psychotraumatisme de type 1 donnant lieu à l'ESPT « Etat de Stress Post Traumatique » notamment chez l'adulte.

Le dossier publié sur le site <a href="https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiersinformation/troubles-stress-post-traumatique">https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiersinformation/troubles-stress-post-traumatique</a> donne différentes informations sur ce trouble.

Lorsqu'un individu vit une situation traumatique (attentat, catastrophe naturelle, agression...), il peut soit traverser les épreuves avec résilience, soit développer un syndrome de stress post traumatique. L'individu qui a vécu une situation traumatique, se retrouve après coup « en état de danger permanent ». La situation a beau être terminée, le corps continue à réagir comme si la situation se poursuivait dans le temps.

Dans 80% des cas ; la personne se remet dans le mois qui suit. Mais dans 20% des cas ; les réminiscences, les cauchemars, la vision du monde est altérée et l'individu se retrouve comme bloqué affectivement dans la situation traumatique. Le cerveau lui-même se met en « mode survie », et la personne ne devient capable que de réagir « instinctivement ».

Les phénomènes dissociatifs peuvent être présents : la sensation d'être hors de soi, que la réalité est bancale, des problèmes de mémoire.... Le cortex préfrontal n'est plus impliqué et seules les réactions liées au stress sont activées (fuite, combat, figement). Des pensées se mettent en place après le traumatisme, des sortes de croyances sur soi, par exemple, « j'ai été violée, je ne me suis pas débattue » induisant l'idée « je suis en partie coupable de cette situation car je ne me suis pas débattue ». Cette pensée déteint sur le quotidien de l'individu. Une personne en état de stress post traumatique reste bloquée dans la situation traumatique, car les parties dans son cerveau ne communiquent plus. Le cortex préfrontal est comme inhibé, et les zones liées à la survie sont quant à elles suractivées.

La méthode de traitement de l'ESPT recommandée par la Haute Autorité de Santé, est l'EMDR. Les TCC sont également recommandées : il s'agit de retraiter l'information traumatique.







Il reste toutefois une question centrale. Nous avons vu tout à l'heure qu'en ce qui concerne l'ESPT, dans 80% des cas, les individus s'en sortent sans avoir besoin de thérapie, et dans 20% des cas, l'état perdure.

On peut penser que les MIO vont notamment jouer dans le fait de ne pas pouvoir faire preuve de cette résilience face à un événement traumatique isolé. Si le sujet a déjà vécu des situations de carences qui l'ont amené à penser que les autres sont imprévisibles, qu'il n'est pas digne d'amour et que le monde est dangereux. Cela corrobore sa vision du monde. Chez l'enfant, au moment où le psychisme se construit, qui ne bénéficie pas de relations d'attachement secure, l'ESPT devient probalement chronique.

Si maintenant nous évoquons le parcours des enfants qui ont vécus des traumatismes de type 2 ou 3 (c'est-à-dire des psycho traumatismes répétés voire qui ont débutés à un âge précoce), les conséquences n'en seront que plus lourdes. Décrivons donc les phénomènes dissociatifs, évoqués par TERR, 1991 comme présents dans ses traumatismes de type 2 et 3. Je fais en effet l'hypothèse que les épisodes dissociatifs de l'enfant sont à l'origine des états de crise manifestés par les enfants et particulièrement difficile à accompagner pour les équipes.

# Le phénomène dissociatif

Salmona (2013), explique : « En cas de situation de menace extrême, l'amygdale (centre des émotions) est isolée, le cortex préfontal comme déconnecté. De cette façon, l'expérience traumatique créé une anesthésie émotionnelle, bientôt suivie de mécanismes massifs d'apaisement neurobiophysiologique, permettant la survie : les hormones de type endorphines, kétamine like... sont délivrées massivement, permettant l'apaisement du système et même une anesthésie temporaire des sensations corporelles. ». Toutefois, la présence du phénomène dissociatif ne se limite pas nécessairement au moment de l'événement traumatique. La dissociation peut réémerger dans différentes circonstances émotionnelles chez le sujet, ou bien être rappelé par la confrontation à un des détails saillants enregistré lors de l'événement.

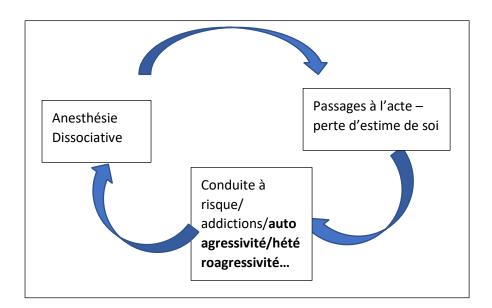
D'autre part, l'ouvrage « dissociation et mémoire traumatique », 2012, évoque qu'au-delà du mécanisme, la dissociation peut être structurelle, et ces mécanismes se placer sur un continuum de dissociation dite normale, jusqu'à un trouble grave, connu sous le terme de « trouble dissociatif de l'identité ». Les auteurs reprennent les travaux de Janet, 1889, pour exposer le concept. Le fait que nous unifions sans cesse sous forme de synthèse nos sensations, idées, souvenirs, émotions... est indispensable à notre fonctionnement quotidien. C'est ainsi que nous avons un sentiment de cohérence et c'est ce qui constitue notre personnalité. Toutefois, ce qui peut être unifié peut donc ne pas l'être ; c'est le mécanisme de dissociation : une absence de synthèse des différentes expériences vécues par un sujet. La dissociation n'est donc pas un mécanisme de défense, mais davantage un processus subi lorsque le sujet est épuisé ou émotionnellement débordé.

Vand Dert Hart et al, 2005 ; parlent de système d'actions. Ceux-là structurent la personnalité, régulant des fonctions (attention, émotions, comportements) et de ce fait sous-tendent les comportements mis en œuvre dans la vie quotidienne. Ce système d'action là est donc dénommé « système d'action Vie quotidienne ». Les autres systèmes d'actions sont eux qualifiés de défensifs car ils protègent l'organisme des menaces. Ces systèmes d'actions, en temps normal, sont coordonnés et fonctionnement de façon cohérente. Dans le cas des maltraitances infantiles toutefois, les parties

« système d'action défensifs » sont plurielles et non coordonnées avec le « système d'action Vie quotidienne ». Dans ce cas, l'enfant fonctionne au quotidien avec un système d'action que l'on qualifie de « Partie Apparemment Normale » (PAN). Cependant, lorsqu'il est soumis à certains déclencheurs, l'enfant est dirigé par une « partie Emotionnelle » (celle ayant vécu les traumatismes). La « partie émotionnelle » n'est alors pas soumises au contrôle volontaire de la PAN.

Concrètement, les comportements de ses enfants semblent incompréhensibles et paradoxaux. Alors que dans certains moments l'enfant est dirigé par la PAN (SA Vie quotidienne), des situations activent le fonctionnement via les SA défensifs (parties émotionnelles, comme par exemple, en situation de devoir renouer le contact avec la FA non sécurisante, voir encore maltraitante.

Dans le cas de la maltraitance, la dissociation n'est donc pas « seulement » symptôme de l'enfant dans un tableau clinique « cohérent », mais cause des conduites extrêmes dans un trouble dissociatif. La dissociation d'origine traumatique mettant à l'œuvre un mécanisme d'autorenforcement des conduites paradoxales (repris de l'ouvrage « dissociation et mémoire traumatique », 2012 p 111) décrites ci-après.



Ce type de travaux et d'hypothèses sont essentielles à connaître pour les éducateurs et soignants : de fait, il est difficile de supporter ces conduites et leurs conséquences. Afin de d'être davantage empathique, l'entourage du patient, s'il est informé, sera lui-même davantage rassuré et bienveillant.

La difficulté majeure du soin dans ces situations là c'est que d'une part, on ne peut pas résoudre un psycho traumatisme s'il est réactivé dans le présent, et d'autre part, il serait illusoire que le sujet abandonne une stratégie qui lui a permis la survie dans le passé alors que la situation se répète.

Nous nous retrouvons avec des enfants bloqués dans le passé, qui craignent le présent et du futur. Ils ne savent pas qu'un avenir meilleur est possible. Le seul « moyen », non conscient, pour éviter la souffrance, va être la dissociation psychique.







#### C'est ainsi que dans le tableau clinique de ces enfants ; on retrouve :

- des stratégies inadaptées sur le plan relationnel, de la régulation des émotions qui de façon répétées influenceront ses croyances sur lui-même et le monde (MIO),
- des troubles du comportement (liés aux stratégies relationnelles, à la dysrégulation émotionnelle, éventuellement aux troubles émergents de la personnalité),
- des résultats déficitaires sur le plan cognitif (difficile de se concentrer sur les apprentissages dans ce contexte)
- des pathologies physiques et physiologiques (liées notamment aux sécrétions hormonales massives du stress)
- une suractivation du système nerveux autonome, rendant plus difficile la régulation du stress et des émotions
- des épisodes de dissociation traumatique, au cours desquelles il sera anesthésié sensoriellement et émotionnellement, et où il se mettra en situation de prises de risques pour lui-même (auto agressivité), ou pour les autres (hétéro-agressivité en identification avec l'agresseur)

Tant que cet enfant sera soumis à des situations le remettant dans la reviviscence des situations traumatiques. Il n'aura alors d'autres choix que de reproduire le schéma traumatique, en se faisant du mal à lui-même ou en agressant les autres, ce qui sera probablement l'effet conjugué du stress et des épisodes de dissociation qui viseront à l'apaiser. Quand il agit ainsi, auprès de personnels prenant soin de lui au quotidien, et en présence d'autres enfants dans la même situation, il risque de cumuler dans le présent de nouveaux traumatismes, entrainant une surenchère de traumatismes nouveaux (contention, isolement, violences subies ou infligées).

Le soin psychologique est donc grandement inefficace lorsque les enfants ne sont pas en sécurité affective dans le présent pour les raisons citées ci avant. Quand les enfants sont désormais en sécurité dans le présent, un travail sur le psychotraumatisme peut être engagé et un travail éducatif complémentaire également. Au-delà du placement et des décisions concernant l'encadrement des relations entre l'enfant et sa famille dont il a été retiré, il s'agit selon nous d'améliorer sensiblement les relations d'attachement de l'enfant, afin de le mettre en situation optimale de développement et de résolution des troubles possibles.

#### Nous en déduisons que les interventions doivent donc être axées sur :

- Les stratégies relationnelles adaptées
- Les stratégies de gestion du stress
- Des expériences positives et agréables permettant d'améliorer la confiance en soi, en les autres, le sentiment de compétence, et calmant le système nerveux autonome.

!

Les éventuelles conséquences sur le fonctionnement psychologique des enfants des situations de vie qu'ils ont rencontrées ne peuvent pas faire l'objet de soins thérapeutiques dans le cadre de ce projet. Seul un suivi pédopsychiatrique peut donner des résultats. Toutefois, nous pensons que le fait de travailler sur les compétences émotionnelles (reconnaissance et expression), les techniques de gestion du stress et l'augmentation des expériences positives et agréables, y compris pendant la résolution de conflits mineurs, peuvent améliorer la connaissance de soi, des autres enfants du lieu de vie, et ainsi faciliter les soins apportés à l'enfant.

D'autre part, nous pensons que si un ou plusieurs aspects de la vie quotidienne sont améliorés et/ou si on constate une diminution des conduites agressives, cela nous permettra d'objectiver l'impact positif du projet mené en direction des enfants du Lieu de Vie.

### Enjeux du projet

Ils sont de différents ordres :

- Observer si le travail sur les stratégies relationnelles améliore le développement des enfants placés
- Observer si le cadre d'intervention en thérapie assistée par l'animal est propice à la progression des relations interpersonnelles
- Observer si cette action permet aux enfants de modifier leurs comportements adaptatifs et leurs conduites agressives
- A plus large échelle, si l'action permet une amélioration significative des comportements des enfants, observer les critères d'efficacité à reconduire dans d'autres champs thérapeutiques et avec d'autres publics à troubles psychopathologiques.







# Bibliographie

Ainsworth, Mary D. Johns Hopkins Univ., Baltimore, Md « And others Individual Differences in Strange-Situational Behaviout of one-Year-Olds ». Foundations Fund for Research in Psychiatry.; 1969

Ainsworth, M., & Bell, S. « Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of OneYear-Olds in a Strange Situation ». Child Development, 41, 49-67, 1970.

Barnhill John W., Weill Cornell MD, « Trouble de stress post-traumatique (TSPT) » Medical College and New York Presbyterian Hospital - Dernière révision totale avr. 2020

BOWLBY J. « Attachment and loss: Attachment » (1re et 2e édition respectivement), Basic Books, London, 1969/1982.

BOWLBY J. « Attachment and loss : Separation » (1re et 2e édition respectivement), Basic Books, New York, 1973/1979.

Deborde AS, Danner Touati C, Herrero L, Touati A « Lien entre attachement et estime de soi chez des adolescents placés en famille d'accueil ou en institution: contribution respective de la mère biologique et de la figure d'attachement secondaire ». dans L'Année psychologique 2016/3 (Vol. 116), pages 391 à 418, 2016.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS.. Am J « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences ACE Study « - Prev Med. 1998 May;14(4):245-58), 1998.

Genet C, Wallon E « Psychothérapie de l'attachement », Dunod 2019

Kedia M, Vanderlinden, J Lopez G « Dissociation et mémoire traumatique », Dunod 2012.

Main M, Kaplan N, Cassidy J. In: Bretherton I, Waters E, « Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. » Growing points of attachment theory and research., vol. 50(1–2). ed. Monographs of the Society for research child development; 1985. p. 66–104

Prior V Galser D « Comprendre l'Attachement et les troubles de l'attachement » Deboeck.2010

Salmona M In Coutanceau R, Smith J « Dissociation traumatique et troubles de la personnalité posttraumatiques. » (eds.). Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie. Paris : Dunod, 2013.

Solomon E.P. & Heide K.M. « Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma », Int J Offender Ther Comp Criminol., 43, 202-210 -, 1999.

Terr LC. Am J Psy « Childhood traumas: an outline and overview », 148:10-20, 1991.

Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, « Maltraitance des enfants ». Dans: eds. MacMillan HL, éd. thème. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [en ligne]. http://www.enfantencyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/maltraitance-des-enfants.pdf. Actualisé : Août 2019. Consulté le 13 août 2020. »

Van der Kolk, B. « Le Corps n'oublie rien: Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme », Albin Michel, 2020.

Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M J, « Attachement securisé et désorganisé dans les familles et les orphelinats où il y a maltraitance » de 2010.

Wahl E, et al. « Attachement désorganisé et sémiologie autistique. » Dans Neuropsychiatrie Enfance Adolesc (2010), doi:10.1016/j.neurenf.2010.05.004