

Le deuil traumatique chez l'enfant et la prise en soins

psychomotrice 

PSYCHOMOTRICITÉ ET PSYCHOTRAUMATISME

GROUPE DE LECTURE ET D'ANALYSE N°4

Auteurs : Justine BARNIER, Léna CHAMBON et Pauline GODEFROY

Co-auteure : Laura DIAS DA SILVA

Introduction

Nous avons interagi ensemble, étudiants du projet extra-académique de l'école de l'ISRP Paris et membres de l'association psychomotricité et psychotraumatisme autour de l'article « *Le deuil de l'enfant dans le contexte d'une attaque de masse* » de Florence Askenazy, Michèle Battista, et Morgane Gindt (2020).

Cet échange entre professionnels et élèves psychomotriciens nous a permis de rédiger cet article.

Dans un premier temps nous allons aborder les différences entre le deuil « normal » de l'enfant, et le deuil « traumatique ». Dans un second temps, nous exposerons la spécificité de l'utilisation de la psychomotricité dans un processus thérapeutique dans le cas d'un psychotraumatisme de masse.

1. Deuil normal et deuil traumatique

Selon Baussant-Crenn (2004), le terme de deuil exprime l'ensemble des manifestations sociales et psychologiques chez l'enfant et l'adulte. Le deuil regroupe l'affliction profonde, les manifestations extérieures et les rituels consécutifs causés par une disparition irréversible. Il représente aussi le processus psychologique consécutif au travail de deuil.

Le manque de données rend la différenciation entre le deuil normal et le deuil pathologique plus difficile qu'avec le deuil traumatique. Selon l'article de Askenazy et al., « de

nombreux facteurs interviennent dans le jugement clinique (le niveau de développement de l'enfant, des facteurs culturels, etc.) qui rendent presque ce diagnostic individuel et ne facilitent pas la tâche du clinicien. » (2020). Ainsi, ces auteurs distinguent le deuil « normal », avec un développement normal et non pathologique, du deuil « traumatique » qui empêche la représentation mentale, c'est-à-dire « un phénomène mental qui correspond à un ensemble plus ou moins conscient, organisé et cohérent, d'éléments cognitifs, affectifs et du domaine des valeurs concernant un objet particulier. On y retrouve des éléments conceptuels, des attitudes, des valeurs, des images mentales, des connotations, des associations, etc. C'est un univers symbolique, culturellement déterminé, où se forment les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc. » (Garnier et Sauvé, 1999, p. 66). Le sujet ne peut pas se préparer à la fin de vie d'un proche, empêchant le processus du travail du deuil.

1.1. Le deuil normal et son processus

Pearlman et al. (2010) rappellent que 4% des enfants de moins de 18 ans sont confrontés à un deuil. La perte peut être celle d'un proche ou celle d'un animal de compagnie. Selon Stroebe et al. (2001), le processus du deuil normal est complexe et se décline en 8 tâches cognitives, que nous allons exposer plus précisément dans cette première partie :

- « Accepter la permanence et la réalité de la perte.
- Expérimenter et faire face aux émotions douloureuses.
- S'adapter aux changements induits par la disparition d'un proche.
- Développer de nouvelles relations et approfondir celles existantes.
- Investir de nouvelles activités.
- Conserver une représentation en mémoire, des images mentales, des souvenirs de la personne disparue.
- Apprendre à donner un sens à la mort.
- Poursuivre de façon normale les étapes du développement. »

Ces 8 tâches cognitives montrent un processus du deuil ; il s'établit sur le long terme et est variable selon l'enfant qui reprendra ensuite peu à peu son quotidien de façon normale. Voyons maintenant comment différencier le deuil dit « normal » et le deuil traumatique chez l'enfant.

1.2. Le Trauma : définition et classification

L'événement traumatique est défini par le DSM IV (2005) comme un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou subir de graves blessures ou durant lequel leur intégrité physique a pu être menacée, engendrant un sentiment de grande peur.

Dans ses travaux majeurs Terr propose une catégorisation des traumatismes, largement reprise depuis. Pour Terr, le premier de type I se caractérise par « un événement traumatique unique présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif » (cité dans Josse, 2007). On parle d'un traumatisme de type II lorsque « un événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période (Terr cité dans Josse, 2007, p.9). Le traumatisme de masse est alors un traumatisme de type I où l'agent stressant aigu présente un commencement et une fin nette.

1.3. Deuil traumatique et accompagnement du traumatisme de masse

Nous venons de voir la définition du traumatisme, mais comment accompagner les personnes ayant vécu un traumatisme de masse ? Dans cette partie nous verrons les accompagnements mis en place dans les situations d'urgence en France. Puis nous verrons aussi le Modèle SIX (Farchi et al., 2018), israélien, pour les situations d'urgence.

1.3.1 Le deuil traumatique : l'enfant victime d'un événement traumatique de masse

D'une manière différente au deuil normal, le deuil lié à un événement traumatique est pathologique. « Il est reconnu comme pathologique et se définit par la mort perçue de façon objective et/ou subjective par l'enfant. » (Askenazy et al. 2020). Les pensées et souvenirs (liés aux différents sens) peuvent être traumatiques, et renforcés par les changements et l'actualité liés à la mort. L'enfant a des comportements d'évitement et des reviviscences qui empêchent le processus normal du travail de deuil qui aurait dû aboutir à un apaisement.

Le deuil de l'enfant dans le contexte d'une attaque de masse est un sujet encore peu étudié de nos jours. Dans un tel contexte de situation d'urgence, différentes questions se posent concernant la détection du deuil pathologique et l'établissement de diagnostics précis et

différentiels. Une prise en soin spécialisée est un questionnement majeur. Il faut pouvoir identifier ces enfants à haut risque le plus tôt possible pour adapter leur parcours de vie.

Des recherches effectuées lors des attentats du 11 septembre 2001 mettent en exergue que l'enfant est bien plus susceptible de développer un deuil traumatique ainsi qu'un trouble de stress post-traumatique lors de tels événements. À cela s'ajoutent de nombreux autres troubles (anxieux, du sommeil, de l'humeur, angoisse de la séparation) mis en évidence dans une étude en cours sur les attentats du 14 juillet 2016 ; 60% des cas d'enfants impliqués présenteraient une comorbidité de cinq troubles associés.

L'établissement des signes cliniques lors d'une telle situation d'urgence connaît comme principale limite la qualité de l'évaluation. Les instruments disponibles ne sont pas forcément adaptés aux plus jeunes. L'accent doit être mis sur la formation des professionnels.

1.3.2 Quel accompagnement du traumatisme de masse en France ?

Depuis 2015, en France, divers attentats ont eu lieu (comme à Paris le 13 novembre 2015, à Nice le 14 juillet 2016 et à Strasbourg le 11 décembre 2018, etc.). Lors d'une attaque de masse, le traumatisme peut atteindre les proches, les témoins et les professionnels intervenants.

Il est important d'accompagner, soutenir et aider la personne dès les premiers temps d'urgence pour prévenir l'évitement que peuvent développer certains enfants et familles, ce qui ne leur permet pas un accès à un parcours de soins adapté. À long terme, les conséquences sont majeures. L'accompagnement par des thérapeutes est fondamentale dans ces situations de deuil pathologique à travers l'utilisation de médiations essentiellement corporelles pour les petits et lorsque cela est nécessaire, par des psychothérapies. À la suite d'un attentat tel que celui de Nice en 2016, cinq préceptes sont à prendre en compte :

- L'importance d'un travail sur l'enfant pour évaluer rapidement son fonctionnement et identifier les plus sensibles pouvant être sujets à un trouble de SPT avec ou sans comorbidité psychiatrique
- Il réside une difficulté à effectuer ce travail lors d'une situation sanitaire exceptionnelle ce qui accroît le besoin de pédopsychiatres issus de Cellules d'Urgence Médico Psychologique (CUMP) et la nécessité d'avoir accès à des outils spécifiques
- La formation indispensable des praticiens à ce type de clinique particulière

- Les équipes doivent être prêtes à intervenir dans ces situations
- Pour les enfants à très haut risque, le parcours de soin doit durer sur le long terme et leur état doit être réévalué régulièrement.

1.3.3 Focus sur le Modèle SIX (Farchi et al., 2018) développé en Israël

Le Model SIX, pour six points clés, de Farchi et al. (2018) pourrait être mis en lien avec les huit tâches cognitives du deuil normal de l'enfant. Ce modèle est un dispositif développé par l'armée israélienne pour les situations d'urgence. Il diminue les risques de stress post-traumatique et de suicides.

Ce modèle développe des soins psychologiques d'urgence à la suite d'un traumatisme tel que les attentats. Il se compose des 6 points clés « *Cognitive, Communication, Challenge and Control, Commitment, et Continuity* » se traduisant en français dans le même ordre par le processus de communication cognitif, le défi et le contrôle, l'engagement et la continuité. La figure 1 reprend ce modèle. (Farchi, 2018).

Ce modèle se base sur les symptômes de réponse au stress aigu que sont la solitude, l'impuissance, les réactions émotionnelles non contrôlées et la confusion. Chaque symptôme est traité suivant l'un des 6 points clés. La solitude est traitée avec un engagement pour la sécurité de l'individu grâce à la collaboration et coopération du patient. Pour l'impuissance, le Model SIX intervient avec le défi et le contrôle en proposant des choix simples permettant l'augmentation de la sensation de contrôle et d'adaptation. Les réactions émotionnelles non contrôlées sont accompagnées par le processus de communication cognitive dans le but de retrouver la motivation et la capacité à agir efficacement en priorisant les décisions. Et pour finir, la continuité, c'est-à-dire la synchronisation chronologique des événements, marque le début et la fin d'un événement, permet de traiter la confusion, de réduire les "flashbacks", les pensées intrusives et de comprendre que la menace immédiate est terminée.

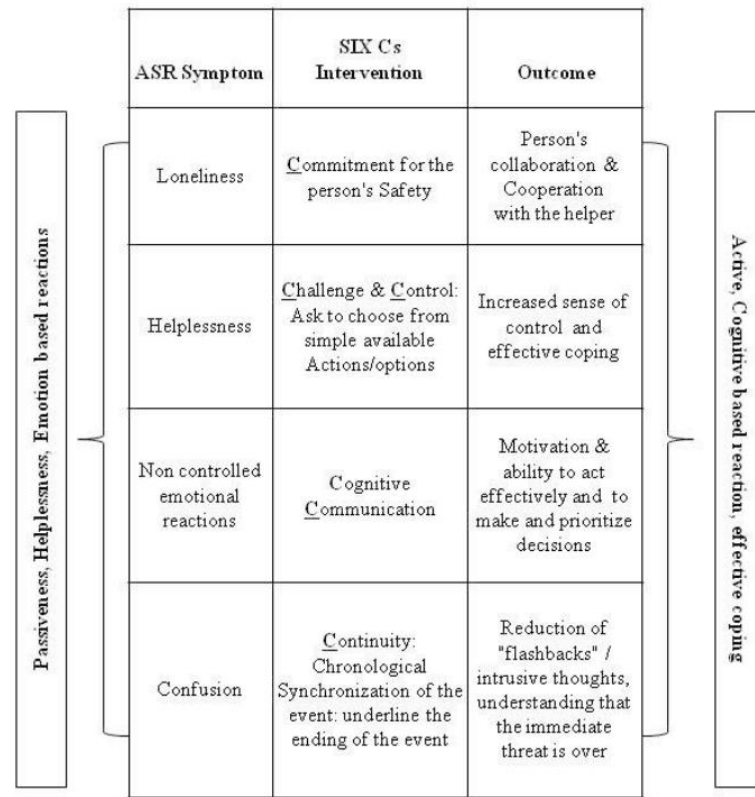


Figure 1 – Processus du Modèle SIX (Farchi, 2018)

La victime va retrouver un sentiment de sécurité, de contrôle sur sa vie et son environnement pour mieux s'ancrer dans une forme de réalité en redonnant l'opportunité de choisir. La méthode propose au sujet de faire des choix simples : « Est-ce que tu veux manger ? », « Est-ce que tu veux marcher ? ». Le thérapeute met l'accent sur la communication verbale et non verbale. En psychomotricité, nous nous appuyons beaucoup sur cette communication non-verbale notamment par le dialogue tonico-émotionnel. Quelle pourrait-être la place du psychomotricien dans l'accompagnement du deuil traumatique de l'enfant ? Nous suggérons ci-dessous quelques pistes de réflexion issues de nos échanges.

2- L'accompagnement par un psychomotricien est-il pertinent dans le cadre d'un deuil traumatique chez l'enfant ?

Nous nous sommes questionnés sur la place de la prise en soin en psychomotricité auprès d'enfants ayant subi un deuil traumatique. Nous verrons que plusieurs critères sont à prendre en compte avant de commencer une prise en soin psychomotrice, tel que l'anamnèse du patient

et la place de la famille. Puis nous verrons comment le psychomotricien peut aider l'enfant dans son processus de deuil traumatique.

2.1 L'importance de l'anamnèse : comprendre son patient

Tout d'abord, la place de l'anamnèse est importante. Questionner les événements traumatiques, auxquels ont pu être exposés les enfants, permet de connaître des éléments de la vie de l'enfant. « De plus, sur le plan de la clinique, il faudra aussi toujours évaluer l'existence d'expériences traumatiques antérieures. Les traumatismes cumulatifs peuvent compliquer le deuil. » (Askenazy et al. 2020). Certains parents, n'informent pas systématiquement le psychomotricien que l'enfant a déjà vécu un deuil, et cela peut perturber l'appréhension globale du suivi. Il est donc important de sensibiliser les familles au deuil de l'enfant, car celui-ci peut engendrer des troubles dans leur développement psychomoteur. En plus de cette possible omission des parents, il faut prendre en compte le possible écart de temps (plusieurs années) entre le traumatisme déclenchant et le déroulement du processus de deuil, n'aboutissant jamais réellement car un deuil traumatique reste pathologique même après le processus de deuil.

2.1.1 Le soutien de l'entourage

L'accompagnement au deuil chez l'enfant dépend de plusieurs facteurs. Selon l'article de Askenazy et al. « Des études prospectives et rétrospectives récentes continuent de confirmer le rôle crucial du parent ou du tuteur survivant pour aider les enfants à s'adapter à la mort d'un parent. Les capacités parentales qui soutiennent la capacité de l'enfant à faire face au deuil, comprennent moins de dépression, plus de chaleur parentale et plus de cohésion familiale. » (2020, p 40). Les parents et l'entourage de l'enfant doivent faire leur deuil pour pouvoir accompagner celui de l'enfant. « Les facteurs culturels sont massifs dans la façon dont ces périodes de deuils pourront être élaborées. » (Askenazy et al. 2020)

La stabilité de l'entourage et la qualité des relations intra-familiales dans la période de deuil sont extrêmement importantes. Un étayage psychique est nécessaire au deuil de l'enfant. Un manque d'accompagnement durant l'étape du deuil peut engendrer des perturbations des rapports au temps et à l'espace. L'entourage, qui doit aussi gérer cette épreuve, devrait idéalement offrir l'engagement d'un environnement sécurisant pour que l'enfant puisse s'ancrer dans cette nouvelle réalité. Ce n'est cependant pas toujours le cas et c'est dans ce cadre que l'intervention de professionnels est importante.

2.1.2 Accompagner les émotions en psychomotricité

Le psychomotricien propose des mises en situation de prise de conscience corporelle permettant de réinvestir son corps, en identifiant, en distinguant et en verbalisant les différentes émotions. « En France, les thérapies par médiations sont largement utilisées et plus particulièrement par médiations corporelles. » (Askenazy et al. 2020). D'après son décret de compétence de 1988, le psychomotricien peut utiliser dans ce but différentes activités (le modelage, le dessin, la peinture, le mime...) pour permettre au patient de poser des mots sur ses sensations et sur ses perceptions corporelles. L'enfant pourra se représenter et avoir une nouvelle image mentale de ses émotions et sensations potentiellement dissociées de sa pensée (syndrome dissociatif).

Un outil du psychomotricien est le dialogue tonico-émotionnel (DTE) décrit par De Ajuriaguerra dans les années 1974. Il « serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires. » (Bachollet & Marcelli, 2010, p 14). Le DTE est une communication non verbale qui va passer par différents canaux d'interactions : le toucher, l'intonation de la voix, le regard, les mimiques et la posture. Spécifiquement et volontairement, le psychomotricien va, par sa posture et son observation, proposer des expériences corporelles adaptées à son patient.

L'activité thérapeutique en psychomotricité influe sur la prise de conscience des émotions, son acceptation et s'inscrit dans une dynamique de prise en soins pluridisciplinaire. Par exemple mettre des mots sur des sensations positives ou de variance émotionnelle neutre peut amener à verbaliser ensuite des émotions plus nuancées ou négatives dans le but de rétablir la continuité du lien corps et esprit potentiellement effracté lors de l'événement traumatique.

Si l'imagination du psychomotricien entre en jeu, c'est pour autant à l'enfant de dire comment exprimer sa colère, sa tristesse, ses émotions douloureuses... (cf. 1.1). Pour cela il peut utiliser une échelle pour représenter et gérer sa colère ou des couleurs, le dessin, etc.

Plusieurs supports variés peuvent-être employés dans ce but. À titre d'exemple, le site « *Bougribouillon.fr* » propose des échelles, roues et cartes des émotions.

À partir des outils mis à sa disposition, chaque enfant pourra exprimer, représenter et gérer comme il le souhaite l'ensemble de ses émotions : il sera acteur de sa prise en soin et celle-ci lui sera spécifique. Le psychomotricien sera là pour l'étayer et l'accompagner dans son processus de deuil.

Conclusion

En conclusion, que le deuil soit normal ou traumatique, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un événement très personnel autant dans sa perception et sa compréhension que dans son accompagnement. Son accompagnement nécessite une bonne connaissance du développement cognitif, affectif et corporel indispensable dans la prise en soin du SSPT. Dans la prise en soin au sein d'une équipe pluridisciplinaire, la spécificité du psychomotricien s'appuiera sur le dialogue tonico-émotionnel pour amener l'enfant à ressentir ses émotions différemment en rétablissant les liens avec leurs représentations pour sortir de son état dissociatif. Il accompagne l'entourage et lui apporte aussi des outils pour mieux gérer sa souffrance tout en sécurisant l'enfant. À ce titre, dans une situation traumatique et de deuils potentiellement en lien, le psychomotricien favorise le rétablissement de la continuité et de l'équilibre corps-esprit.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Askenazy, F., Battista, M., & Gindt, M. (2020). Le deuil de l'enfant dans le contexte d'une attaque de masse. *Médecin de Catastrophe - Urgences Collectives*, 4(1), 39-42. [Le deuil de l'enfant dans le contexte d'une attaque de masse - ScienceDirect](#)
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Baussant-Crenn, C. (2004). Le deuil : aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques. Dans A. Bercovitz, *Accompagner des personnes en deuil* (pp. 15-37). Érès. [Le deuil : aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques | Cairn.info](#)
- Farchi, M., Bergman Levy, T., Ben Gershon, B., Ben Hirsch-Gornemann, M., Whiteson, A., & Gidron, Y. (2018). The SIX Cs model for Immediate Cognitive Psychological First Aid: From Helplessness to Active Efficient Coping. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 20(2), 1-12. [\(PDF\) The SIX Cs model for Immediate Cognitive Psychological First Aid: From Helplessness to Active Efficient Coping \(researchgate.net\)](#)
- Garnier, C., & Sauvé, L. (1999). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement - Conditions pour un design de recherche. *Éducation relative à l'environnement*, 1, 65-77. [intérieur revueFLORENCIA5 \(uqam.ca\)](#)
- Josse, E. (2007, Juillet). Le Traumatisme psychique : quelques repères notionnels. *Le Journal International de Victimologie*. [reperes trauma \(resilience-psy.com\)](#)
- Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*. Broché.
- Leblanc-Baulieu, M-C. (2017) Le deuil en contexte nouveau. Etude exploratoire de l'expérience de l'endeuillé lors de sa recherche de soutien en ligne. Université de Montréal. [Mémoire] consulté sur <https://archipel.uqam.ca/10140/1/M15009.pdf>
- Legi France. (1988, 6 mai). *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097/1988-05-08#JORFTEXT000000693097>
- Pearlman, MY., Schwalbe, KDA., & Cloitre, M. (2010) *Grief in childhood: fundamentals of treatment in clinical practice*. American Psychological Association.

Psychomédia. (2015, 15 novembre). *État de stress post-traumatique : définition, symptômes, diagnostic (DSM V)*. <http://www.psychomedias.ca/sante-mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5>

Membres du groupe de travail

- Emeline LAZZERINI, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Paris
- Anne GOULAMOUGAIDINE, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Paris
- Chloé ALTHERR, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Paris
- Lola KOSKAS, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Paris
- Justine BARNIER, psychomotricienne D.E
- Léna CHAMBON, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Paris
- Pauline GODEFROY, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Paris
- Laura DIAS DA SILVA, psychomotricienne D.E/T.E
- Emma MARY, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Paris
- Margaux ROUSSILLON, psychomotricienne D.E
- Corinne MAURIN, psychomotricienne D.E
- Serge LESCARBOTTE, psychomotricien D.E