



L'expression du jeu chez l'enfant suite à un évènement traumatique

التعبير عن اللعب عند الأطفال بعد حدث صادم

The expression of game in children following a traumatic event

Dr. Faiza Berkouche

Université Alger 2

Date de soumission: 21-02-2020- Date d'acceptation: 07-01-2022-

Date de publication : 31-07-2022

ملخص

يعتبر اللعب عند العديد من الباحثين الوسيلة المفضلة للطفل لإظهار، تمثيل والتعبير عن صراعاته الداخلية وصعوباته العلائقية. أثناء الملاحظة المباشرة، يسمح التعبير عن الصدمة في اللعب بفهم التجربة الذاتية للطفل الصغير، الضحية لأحداث أو وضعيات صادمة. اللعب ما بعد الصدمة هو اللغة المشفرة للطفل، وهي الطريقة المناسبة لمرحلة نموه في الاتصال وهذا يتيح للطفل التعبير عن نفسه والاستماع إليه. نقدم في مقالنا هذا دراسة حالة لطفل ضحية اعتداء جنسي. لفهم خصوصية اللعب في هذا الطفل، لجأنا إلى ثلاث أدوات، وهي المقابلة العيادية والملاحظة ووسيط والمتمثل في لعبة وساطة. هناك أظهر الطفل تطورًا مستمرًا في طريقة التعبير عن لعبته، من خلال التكرار التلقائي للحدث كله، إلى أن وصل لتكرار بعض جوانب الصدمة فقط.

الكلمات الدالة: التعبير عن الصدمة؛ اللعب ما بعد الصدمة؛ الطفل؛ الحدث الصدمي.

Abstract

Play is considered by several authors as the child's preferred method for showing, representing, and expressing his intrapsychic conflicts and his relationship difficulties. The expression of the trauma in play enables understanding the subjective experience of the young child, victim of traumatic events and situations, during direct observation. Post-traumatic play is the coded language of the child, a developmentally appropriate way of communicating that allows the child to express himself and be heard. In our article, we will present a case study of a child victim of sexual assault. To understand the specificity of playing in this child, we resorted to three tools, which are the clinical interview, the observation and a mediation box.

The child showed then a constant evolution in the expression of his game, going through an automatic repetition of the event as a whole, until arriving to only a repetition of certain aspects of the trauma.

Keywords: expression of trauma; post-traumatic game; the child; traumatic event.

Résumé

Le jeu est considéré par plusieurs auteurs comme le moyen privilégié utilisé par l'enfant pour mettre en scène, représenter et communiquer ses conflits intrapsychiques et ses difficultés relationnelles. Durant l'observation directe, l'expression du trauma dans le jeu permet de comprendre l'expérience subjective du jeune enfant victime d'événements et situations traumatiques. Le jeu post-traumatique est le langage codé de l'enfant, une manière de communiquer adaptée à son stade développemental; ce qui lui permet de s'exprimer et d'être entendu. Dans notre article nous présenterons une étude de cas, d'un enfant victime d'agression sexuelle. Pour comprendre la spécificité du jeu chez cet enfant, nous avons eu recours à trois outils, qui sont l'entretien clinique, l'observation et une boîte à médiation. Cet enfant a fait preuve d'une évolution constante dans l'expression de son jeu, en passant par une répétition automatique de l'événement dans sa globalité, jusqu'à une répétition de certains aspects du trauma.

Mots-clés : expression du trauma ; jeu post-traumatique ; l'enfant, événement traumatique

Introduction

Le jeu symbolique et la capacité de mentalisation constituent des ressources sur lesquelles s'appuie le psychothérapeutique pour aider l'enfant à élaborer ses conflits intrapsychiques et ses difficultés relationnelles. Ces capacités ne se développent pas de façon optimale lorsque l'enfant est confronté, à des traumas complexes, de façon répétée et prolongée dans le temps, à des événements traumatiques qui surviennent au sein de ses relations significatives. Bien que l'enfant fournisse des efforts pour échapper à l'emprise du trauma, ses jeux sont envahis par des éléments anxiogènes liés à ce dernier.

La réaction des enfants confrontés à des événements traumatiques peut être déconcertante par rapport à la gravité de ce qu'ils viennent de subir. Être



attentif aux manifestations de ce trauma, notamment à travers leurs mises en scène ludiques, permettra d'engager une prise en charge précoce pour les aider à se réapproprier leur histoire et à vivre avec leur traumatisme.

1. Etat de l'art

1.1 L'enfant, le jeu et le langage

Le jeu détient une place centrale dans la symbolisation du monde de l'enfant, en lui ouvrant l'accès au langage, comme en témoignent de nombreuses théories sur le désépécialisées. Il est, de ce fait, un outil de choix pour le thérapeute confronté à un enfant choqué et exclu du langage par ce qu'il vient de vivre, pour accéder à sa souffrance psychique et l'aider à apaiser cette souffrance. Cette position intermédiaire, dite « transitionnelle », du jeu est maintenant couramment utilisée par les équipes de secours médico-psychologique lors d'interventions sur le terrain, et à plus long terme par les thérapeutes d'enfants traumatisés (Crocq, 2007, p182).

Le jeu enfantin correspond souvent à la mise en scène d'un drame ou le désir transparait à travers les processus actuels de défense du Moi. Mais il importe de considérer que l'expérience ludique Hic et Nunc de l'enfant est mixée d'une « histoire fantasmatique » qui se déroule dans une relation avec l'autre et comme accomplissement d'un désir.

Elle mobilise le jeu défensif qui, mit en scène, peut être compris et interprété. Si un enfant s'exprime en présence du clinicien en disant : « Un loup, ça n'existe pas... On va jouer à n'avoir peur de rien », il indique par cette chaîne associative qu'il en a peur. Mais le jeu est aussi un moyen de nier le dialogue avec le clinicien et peut lui-même devenir un procédé défensif. L'enfant joue alors pour « ne pas être avec lui », le clinicien, pour maîtriser l'angoisse que sa présence déclenche et pour ne pas parler de lui. La verbalisation de ce phénomène à l'enfant réajuste bien souvent la situation. Le jeu est aussi une activité de plaisir qui permet à l'enfant de maîtriser des impressions et des événements au lieu de les subir. Cela montre sa grande valeur symbolisant et thérapeutique (Bénony, Chahraoui, 1999, p.90).

1.2 Expression du trauma dans les jeux d'enfants

Après le désastre et le chaos de l'événement traumatique, il est fréquent de constater que les enfants continuent de jouer ou qu'ils s'approprient des reliques de l'événement comme autant de nouveaux jeux. Pour les adultes submergés par l'événement, ces activités ludiques les rassurent et les laissent souvent penser que l'enfant n'a rien perçu de la gravité de ce qui vient



d'arriver, qu'il est indifférent au monde extérieur pourtant violemment projeté dans l'horreur.

Cependant, un regard attentif permet de constater que, tout en jouant, les enfants, mêmes très jeunes, restent extrêmement vigilants à ce qui se passe autour d'eux, s'arrêtant régulièrement pour fixer leur attention sur ce qui se dit ou se fait à leur hauteur. Une attention encore plus grande nous amène à constater que ces jeux ne sont pas des jeux « ordinaires », mais remettent en scène ce à quoi ces enfants viennent d'être confrontés. Le jeu est une expérience créative qui permet d'inscrire, dans un espace et un temps précis, des éprouvés pour pouvoir les traduire et se les réapproprier. En contexte post-traumatique, le jeu projette hors de toute dimension symbolique permettant l'accès à la mise en récit. Il est touché, blessé et peut même devenir toxique au sens où, non pris en charge, l'enfant s'y perd. Ces traces traumatiques se distinguent des jeux habituels par (Romano, 2010, p 58):

- L'intensité de la souffrance psychique exprimée par l'enfant traumatisé et des conséquences post-traumatiques de cet événement ;
- L'agonie émotionnelle du joueur : l'enfant traumatisé n'exprime aucun plaisir dans cette activité qui n'obéit pas aux règles des créativités enfantines. Il y a, dans le regard des enfants traumatisés, l'expression d'une hypermaturité (Ferenczi, 1908-1912), de ce que l'on pourrait aussi appeler « prématurité psychique » ;
- La déliaison des interactions intersubjectives : l'enfant traumatisé est hors de la scène symbolique, hors du monde. Contrairement aux autres jeux, celui-ci n'autorise aucune interaction avec ceux qui l'entourent, aucun partage, aucune règle : c'est un espace à sens unique, une impasse intersubjective.

La pétrification émotionnelle de l'enfant traumatisé contamine ceux qui sont témoins de l'expression de sa souffrance, et deux types de réaction sont alors fréquemment observés :

- soit les témoins se mettent à rejeter violemment ce qui leur est donné à voir (attitudes souvent manifestées par les adultes) ;
- soit ils expriment une fascination scopique et ne parviennent pas à se dégager de l'excitation provoquée par la violence de cette mise en scène (Romano, 2010, p 58) (certains enfants participent alors sans savoir ce qu'ils font).



1.3 Clinique du trauma et types de Jeu traumatique

La clinique du trauma selon le DSM 5 chez les enfants de plus de 6 ans qui ont été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes:

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
- Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
- Réactions dissociatives (par. exemple. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux;
- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants. (DSM 5, F-43-10)

Le jeu traumatique est le terme proposé par Romano Hélène, de référence à l'expression « Jeu post-traumatique » car il témoigne de la sidération de l'enfant dans le trauma, sans capacité de s'en dégager. Le jeu post-traumatique est caractérisé par son aspect répétitif et monotone, telles les reviviscences post-traumatiques, il témoigne de l'échec de l'appareil psychique à métaboliser l'afflux d'excitations, le débordement des capacités d'élaboration, la sidération du psychisme conduit l'enfant à revivre avec la même intensité l'évènement subi. L'enfant est prisonnier d'une activité mortifère dont il ne peut se libérer. Il est contaminé par les sensations, les images, les bruits de l'évènement qui le hantent sans limite et l'enfant est comme condamné à « rejouer » l'horreur. (Romano, 2012, p 47)

La pauvreté des scénarios reflète l'envahissement de l'aire imaginaire par la scène traumatique. Cette forme de jeu monotone-qui n'a que le nom de jeu



et que l'on pourrait plutôt qualifier de « non-jeu »- est vidée de son habituel contenu réparateur de la psyché. Elle doit être reconnue et prise en charge par un professionnel en tant que symptôme post-traumatique et non plus dans son seul registre ludique. Elle révèle en fait une « panne » du fonctionnement de l'appareil psychique et non seulement de l'activité ludique. Pourtant, le lien inconscient avec l'évènement traumatogène mis en scène par l'enfant dans cette activité constituera à la fois un matériel clinique précieux et une voie d'approche originale et spécifique, pour la thérapie. (Crocq, 2007, p183)

Le jeu traumatique peut ainsi être considéré comme une métaphore de la rupture de cette liaison entre dedans et dehors, qui laisse l'enfant en proie aux angoisses les plus archaïques de perte d'unité de moi (morcellement, anéantissement, etc.) (Crocq, 2007, p184)

1.3.1 Les trois types de jeu post-traumatique :

À travers le jeu, les traces du trauma vont s'exprimer et témoigner de l'intensité de la blessure psychique et du niveau d'atteinte des mécanismes d'élaboration chez l'enfant. Léonore Terr est la première à avoir véritablement décrit le jeu comme symptôme de reviviscence, et ses observations ont été confirmées par d'autres auteurs (Lionel Bailly, Michel Grappe, Thierry Baubet et Marie Rose Moro, Ernest Cleyel-Marel), en particulier chez des enfants dès l'âge de vingt-deux mois.

Habituellement, deux catégories sont proposées : le *re-enactment* et le jeu traumatique. Notre pratique nous a amenée à proposer une nouvelle classification, aujourd'hui reconnue (Romano, 2009).

Nous proposons d'envisager trois niveaux : le jeu traumatique, le jeu abréactif et le *re-enactment*, chacun de ces niveaux témoignant d'un degré différent d'atteinte du psychisme. (Romano, 2010, p 58-59).

- Le jeu traumatique

Nous proposons le terme « traumatique » plutôt que l'expression habituelle de « post-traumatique », car l'enfant qui présente ce trouble est, dans sa réalité psychique, encore dans la violence de l'évènement et dans l'incapacité de s'en dégager. Le jeu traumatique est à comprendre comme un symptôme de reviviscence, car l'enfant « joue » en répétant dans une production automatique, pouvant devenir une véritable compulsion de répétition, la même scène traumatique qui a été subie, sans aucun apaisement de l'angoisse. C'est un jeu hors zone d'inscription, hors toute



possibilité de métaboliser l'afflux d'excitations. L'enfant est psychiquement prostré et prisonnier d'une activité mortifère dont il ne peut se libérer.

Le « jeu » témoigne de l'incapacité de figurer ce à quoi ils sont confrontés et l'angoisse de mort qui rôde. Le terme de « jeu » est inapproprié, car il n'y a, dans cette activité, aucune dimension de jouissance, aucun plaisir partagé, aucune interaction possible : c'est, en fait, une projection pure du trauma, un «blanc du jeu/ je», l'expression brute de l'agonie des liens intersubjectifs et intrapsychiques.

- Le jeu abréactif

Il témoigne d'une blessure psychique plus modérée, car l'enfant conserve (ou a récupéré) une part de ses capacités élaboratives, ce qui lui permet d'établir un scénario et de le faire évoluer jusqu'à une fin quelconque, sans être bloqué dans une compulsion de répétition du trauma. Chaque répétition, mise en scène dans le jeu abréactif, s'accompagne d'émotions, de pensées, de sensations physiques rappelant l'état de détresse, mais l'enfant parvient ici à s'en dégager partiellement et à ne plus être inévitablement projeté dans cette aire de souffrance.

La dimension d'auxiliaire des processus de la symbolisation est en partie restaurée. Le jeu abréactif a une dimension de décharge émotionnelle, d'exorcisation de la souffrance et permet la restauration des capacités d'étayage des processus de représentation et de symbolisation. Il est capable de dire ce qu'il fait, d'expliquer son scénario, contrairement au jeu traumatique ; l'enfant n'est plus pétrifié dans l'instant T du trauma, mais parvient à s'inscrire au-delà dans un « après-traumatisme ». À travers le jeu, il répète avec la même intensité ce qu'il a vécu passivement sur un mode actif, afin de parvenir à le maîtriser, et cette reproduction de l'expérience, en modifiant son statut, permet ici son assimilation.

- La reconstitution par le jeu (*re-enactment play*)

Telle que définie par Lenore Terr (1983), elle est caractérisée par l'expression, *a posteriori*, de « traces traumatiques » à travers le jeu et les investissements de l'enfant. Cette mise en acte du traumatisme vécu intervient alors que l'enfant recouvre un certain équilibre psychique. Il ne s'agit pas d'une répétition automatique de l'évènement dans sa globalité, mais seulement d'une répétition de certains aspects du trauma. L'expression du *re-enactment* ne présente pas la rigidité du jeu traumatique et est plus difficile à repérer, car moins impressionnante visuellement. (Romano, 2010, p 58-59).



1.4 Le jeu comme un outil de diagnostic

Pour Romano (2012), l'observation du jeu est un outil diagnostique qui permet de ne pas laisser l'enfant seul dans sa souffrance. Le rôle du clinicien est d'aider l'enfant «à se détoxiquer» de l'horreur, de la terreur, et le ramener dans une capacité de penser, de restauration, et de transformation de ces émotions insoutenables à une vérité qu'on peut assimiler. Le clinicien devient « la matrice psychique » de l'enfant, celui par qui « ça peut s'exprimer » (Romano, 2010).

Le jeu post-traumatique est défini comme une stratégie de réparation naturelle exhibée par plusieurs enfants traumatisés. Il s'agirait d'un produit créatif de l'enfant, une stratégie réparatrice qui émerge notamment dans un contexte d'acceptation inconditionnelle. Contrairement à Terr, Gil – clinicienne spécialisée dans le traitement des enfants traumatisés – voit le jeu de post-traumatique autrement que d'un point de vue négatif.

En effet, pour elle, le jeu post traumatique permet une exposition graduelle et une désensibilisation systématique de la mémoire traumatique de l'enfant. S'appuyant sur une longue expérience clinique, elle fait une distinction claire entre un jeu post-traumatique dynamique et l'autre, toxique. Le premier – le jeu post-traumatique dynamique – représente une stratégie naturelle, qui demande peu d'intervention. L'apport technique du thérapeute est minimal, il se concentre essentiellement à être un objet de sécurité et de confiance. Ce jeu dynamique initié par l'enfant, permet de diminuer l'intensité du trauma en favorisant une exposition graduelle aux éléments traumatiques, mais au rythme de l'enfant.

Il est très important de comprendre le Jeu Post-Traumatique dans les cliniques de soins. Cela permet d'intervenir dans le processus thérapeutique pour permettre à l'enfant de guérir. De cette manière, le thérapeute guide de manière stratégique le jeu de l'enfant avec des techniques spécifiques, qui font bouger l'enfant vers plus d'*empowerment* et une résolution plus positive du trauma. Le but de la thérapie est de surmonter l'impact négatif du trauma. Il s'agit de permettre à l'enfant de se libérer/d'exprimer son énergie psychique, massivement utilisée pour réprimer le trauma afin de remettre en route son développement et de développer sa maturité émotionnelle. (Nénette, Jourdan-André, Milot, 2018, p 103)

Reconnaître le Jeu post-traumatique, le soutenir/le faciliter, parfois y intervenir permet à l'enfant d'approcher à son rythme le matériel



traumatique, d'accéder et de transcender ses émotions intériorisées douloureuses et complexes et grâce à une approche de résilience assistée de confronter ses distorsions cognitives et de passer à un dénouement correctif. (Nénette, Jourdan-André, Milot, 2018, p 109)

1.5 Du jeu traumatique au jeu thérapeutique

Le soignant peut repérer le déclenchement des séquences répétitive propices au jeu traumatique et aider à cet instant précis l'enfant à s'appuyer sur le tiers parlant qu'il représente, pour réintroduire dans le jeu, parfois timidement, la dimension créative du symbole, qui fait alors défaut : il s'agit de repérer des traces, même infimes, d'une expression fantasmatique qui s'intrique toujours au rappel répétitif du réel brut. Ces parcelles de fantasmes refoulée qui peuvent alors infiltrer la séquence répétitive sont des indices d'un début de transformation psychique de l'éprouvé sensoriel, précédant l'accès possible à une parole signifiante. De traumatisme qu'il était, le jeu peut à ce moment prendre une valeur d'outil thérapeutique dans l'espace post-traumatique ; il prendra une valeur diagnostique et pronostique différente suivant qu'il :

- est présent précocement ou de manière très différée.
- persiste sous sa forme initiale dans la durée ;
- est ou non l'objet de remaniements dans son expression, au fil du temps,
- occupe l'aire de jeu de manière complète et envahissante ou survient seulement par moments pour rompre la continuité ludique.

Il conviendra en outre de repérer dans l'aire ludique de l'association au jeu traumatique d'autre symptômes préoccupants, signes d'une évolution dépressive, d'un blocage développemental, et parfois d'une désorganisation psychotique de la personnalité issue de l'expérience traumatique. (Crocq, 2007, p 185).

2. Méthodologie

2.1 Lieu et cadre de l'étude

Nous présenterons l'étude de cas d'un garçon qui s'appelle Manil âgé de 07 ans, victime d'une agression sexuelle. L'enfant s'est présenté en compagnie de sa maman pour une aide psychologique au niveau de l'unité de dépistage scolaire à Alger.

L'unité de dépistage scolaire s'intéresse à la prise en charge médico-psychologique des enfants scolarisé ; là où nous assurions les consultations psychologiques.



En ce qui concerne le cadre thérapeutique, nous recevions l'enfant deux fois par semaine les premiers moi, afin d'aider l'enfant et sa famille à gérer le flux de tensions et apaiser les stress dépassés, au fur et à mesure les séances s'espaçaient en fonction de l'amélioration de l'état psychologique de l'enfant. Notre intervention thérapie à durée plus d'un an.

2.2 Les outils d'investigation:

La plupart des théoriciens de référence de l'histoire de la psychologie infantile, de Mélanie Klein à Donald Winnicott en passant par Françoise Dolto, ont insisté sur l'importance fondamentale du jeu dans le développement psychique de l'enfant. L'activité ludique est avant tout un pivot très précoce du déploiement de la pulsion de vie de l'enfant dans sa substitution progressive de la chose à ce qui la représente, c'est-à-dire son symbole, qui ainsi ouvre ainsi la voie au langage.

Il n'est donc pas très étonnant que l'activité de jeu soit la plupart du temps atteinte, voire très perturbée. Le jeu chez l'enfant à un effet médiateur permettant l'élaboration de la souffrance psychique et l'établissement d'un transfert entre le thérapeute et le jeune patient. (Hariki, Gandelet, 2006, p 221) Pour comprendre l'enfant dans sa globalité, et comprendre son jeu nous avons eu recours à trois outils qui sont:

2.2.1 L'entretien clinique

Il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales ; il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. (Bénony, Chahraoui, 1999, p 09)

2.2.2 L'observation clinique

L'observation est au fondement de la méthode clinique. Elle est l'aspect le plus fondamental et essentiel de la position clinique dans la pratique de soin comme dans la recherche. (Ciccione, 2019, p 35)

L'observation clinique illustrera concrètement la mise en place d'un tel espace de jeu, le mode d'intervention et le bénéfice que l'enfant en retirera, arraché un temps à l'horreur et au chaos, et replongé dans le monde de l'enfance et du principe de plaisir. (Hariki, Gandelet, 2006, p 221)



2.2.3 La boîte à médiation

Sur le plan pratique, la conception et la réalisation d'une « mallette » de jeu, portable, pour intervenir auprès des enfants traumatisés sont une innovation qui commence à être très appréciée des psychiatres et psychologues intervenants, tant dans l'immédiat qu'en post-traumatique ou en différé, auprès des enfants rendus muets par le choc ou emprisonnés dans l'indicible du trauma. (Crocq, 2007, p181-182)

La boîte à médiation (La mallette) que nous avons conçue est constituée des objets suivants:

- Deux poupées (une blanche, une noire)
- Une famille d'animaux (lapins, ours) constituée de deux parents et de deux ou trois enfants, dont un bébé.
- D'animaux « méchant » comme un crocodile, un loup, un requin ;
- De personnage articulés (style Playmobil®) : adultes et enfants, sauveteurs, pompiers, médecin, policier, véhicule de secours, de petites voiture ;
- De feutres, de crayons de couleur de feuilles blanches ;
- De pâte à modeler ;
- De quelque livres d'images très simples mettant en scène les émotions de base (peur, tristesse, colère) et la perte d'être chers (animaux de compagnie) et qui s'adressent aux jeunes enfants. (Hariki, Gandelet, 2006, p 227).

Cette valise contient en fait, un certain nombre d'objets usuels assez banals par eux –même, pour qui qui est familier du travail auprès d'enfants en difficultés ou non. Ces objets ont deux fonctions primordiales : une fonction d'aide au diagnostic et une fonction thérapeutique. (Hariki, Gandelet, 2006, p 227).

Les précautions d'emploi de la boîte à méditation

Comme tout soin efficace, l'usage des outils médiateurs dans des circonstances marquées par la souffrance et le risque d'aggravation comporte des « précaution d'emploi ». Leur fonction possible soignante s'inscrit dans une relation thérapeutique suffisamment maîtrisée et doit avant tout ne pas nuire par un maniement « amateur ». Dans de tels contextes, les adultes vont laisser une trace de leur passage auprès de l'enfant. Cette empreinte peut se révéler porteuse de sens et d'espoir ou, au contraire, par défaut de précaution, inscrire l'enfant dans la dynamique de répétition inconsciente du malheur et du désespoir dans l'humain, ses



perceptions et ses croyances ayant souvent été profondément dénaturées par le choc traumatique. (Hariki, Gandelet, 2006, p 227).

3. Exposé du cas

-Vignette clinique :

Manil, âgé de 07 ans, est rencontré dans notre consultation au niveau de l'unité de dépistage scolaire à Alger en 2011, pour une prise en charge psychologique d'urgence, suite à un abus sexuel commis par un ami de la famille, l'agresseur a été condamné à de très lourdes peine de prison suite à une expertise médicale qui avait prouvé l'acte.

Manil est l'aîné d'une fratrie composé de deux enfants. Ce dernier a été accompagné par sa mère. Lors de son arrivée, la maman est encore sous le choc de l'agression ; elle exprime avec difficulté des sentiments de culpabilité et l'humiliation qu'elle ressent, la maman est dans un état de désarroi et d'effondrement, elle ne cesse de pleurer en décrivant l'évènement traumatique qu'ils ont vécu. L'évènement traumatique a envahi le champ de leur pensée. La maman est confrontée à l'effroi qui correspond à une destruction momentanée du moi et une « mise à nu » émotionnelle (Smaga, 2003, p44). Et comme dit Romano (2006), l'évènement traumatique a cette dimension triptyque traumatique, c'est-à-dire que les conséquences seront à envisager au niveau de l'enfant traumatisé, mais également de son entourage familial.

L'enfant semble très agité, répétant sans cesse ce qu'il a vécu, avec le moindre détail, en touchant constamment ces organes génitaux. La violence du traumatisme a ramené l'enfant à des émotions violentes et difficiles à maîtriser. Le moi n'arrive plus à jouer son rôle de médiateur.

Ce premier entretien centré sur l'accueil et l'écoute permet un début d'apaisement de l'angoisse, les éléments importants pour nous durant ces premiers entretiens sont d'offrir un cadre rassurant, un espace défini qui permettront à cette famille de disposer de l'intimité minimale nécessaire à l'expression des affects et des émotions. Promouvoir la circulation des affects, des émotions et de la parole. Ainsi que de mettre en évidence les ressources familiales et leur solidité.

Nous avons proposé à Manil le dessin libre ; ce dernier a dessiné un grand cœur rouge plein de sang et triste ; cela nous a dévoilé que cet enfant a été touché profondément dans son narcissisme et a été souillé dans son âme par cet évènement violent. Lors d'un traumatisme, l'enfant ressent au quotidien



la destruction et la déshumanisation : il peut alors présenter une structuration défailante du psychisme et notamment une altération de son ressenti affectif, en cherchant à se réappropriier les limites d'un corps en souffrance.

Lors du deuxième entretien, la maman semble plus calme et les sentiments de vengeance ont fait place à une sorte de lassitude et de résignation. Par contre, elle évoque une symptomatologie d'allure phobique chez Manil : il a des difficultés de se séparer d'elle, la peur du noir...etc. ce qui témoigne la clinique du trauma chez l'enfant.

Lors du troisième entretien, la maman avait remarqué' un changement dans le type du jeu de Manil ; il jouait avec sa petite sœur tout en reproduisant l'agression qu'il a vécu, la maman intervenait constamment en interdisant ce jeu qui est considéré comme tabou.

Manil lutte contre une terrible hémorragie narcissique et tente de réorganiser un fonctionnement psychique largement déconstruit ; il lutte tout autant contre l'identification à l'agresseur et la tentation du sadisme que contre l'identification à la victime et la tentation masochiste comme solutions post-traumatiques (Roussillon, 2002). Pour cela il accepte de ne pas maintenir le traumatisme encrypté mais en autorise l'exhumation au prix de la reviviscence de l'intrusion, de l'effraction, de pénétration, et de sentiment de terreurs qui l'accompagne. Selon Balier (1996), l'identification à l'agresseur est une façon de retrouver une identité dans les moments de grand désarroi.

Le jeu traumatique dans lequel il est enfermé est un symptôme de reviviscence, car l'enfant « joue » en répétant dans une production automatique, pouvant devenir une véritable compulsion de répétition, la même scène traumatique qui a été subie, sans aucun apaisement de l'angoisse. L'enfant est psychiquement prostré et prisonnier d'une activité mortifère dont il ne peut se libérer.

Durant les entretiens qui ont suivi, nous nous sommes intéressés au jeu, parce que lorsque l'enfant joue, il met en scène ses émotions, traduit l'angoisse réveillée par l'évènement traumatique et donne à voir et/ ou à entendre les mécanismes qu'il utilise

En proposant pour l'enfant la boîte à médiations qui comporte des figurines, nous avons notamment retrouvé le jeu traumatique dans une sorte



de répétition de son vécu lors de la manipulation des personnages ainsi qu'à son recours à des animaux méchants comme le loup, et cela en l'absence de toute capacité élaborative en décrivant que le méchant loup s'attaque toujours au plus faible, en rapprochant trop les personnages en l'absence de toute limite corporelle. Au fur et à mesure des séances, Manil a pu créer de nouveaux liens entre les personnages tout en introduisant des pulsions de vie, une réorganisation temporo-spatiale. Notre travail thérapeutique consistait à permettre à l'enfant de se libérer de son énergie psychique, massivement utilisée pour réprimer le trauma afin de remettre en route son développement et de développer sa maturité émotionnelle.

Reconnaître le Jeu post-traumatique, le soutenir/le faciliter, parfois y intervenir permet à l'enfant d'approcher à son rythme le matériel traumatique, d'accéder et de transcender ses émotions intériorisées douloureuses et complexes et ce grâce à une approche de résilience.

Un autre aspect qui avait considérablement aidé Manil était l'incarcération de l'agresseur qui avait un rôle réparateur et aussi a joué un rôle d'apaisement. Selon Damiani (2003), le volet judiciaire aide plutôt à retracer le chemin de la vie, ne plus rien attendre de l'autre, redevenir tout simplement sujet de s'approprier l'histoire. Il restera en restera un souvenir moins douloureux. Et puis, ça aide l'enfant à renoncer aux bénéfices secondaires attachés à l'identité de victime.

L'enfant a fait preuve d'une évolution constante dans l'expression de son jeu, en passant par une répétition automatique de l'événement dans sa globalité, jusqu'à seulement une répétition de certains aspects du trauma.

4. Discussion

Cette vignette clinique témoigne que lorsque l'événement traumatique fait effraction dans la vie d'un enfant, il contamine aussi l'espace psychique intersubjectif et participe à la mise à mal des liens familiaux, comme l'avait bien montré la maman par son état de sidération et le sentiment de culpabilité qui avait pris le dessus. L'événement traumatique a cette dimension triptyque traumatique, c'est-à-dire que les conséquences seront à envisager au niveau de l'enfant traumatisé, mais également de son entourage familial et de l'institution ou du groupe social dont il fait partie (école, centre de loisirs, etc.) (Romano, 2006, p 244)

Concernant les conditions d'accueil de l'enfant Manil, on a rétabli un espace temporo-spatial d'expression libre, sécurisé et sécurisant, en utilisant des



supports simples et maniable. Manil a pu dans cet espace matériel et psychique redevenu protecteur et rassurant, libérer le trop-plein des émotions accumulées. Suite à la force, la brutalité mais également l'effet de rupture de l'évènement traumatique.

Comme nous avons eu un rôle d'intervenir pour contenir les émotions trop violentes et désorganisantes, par quelques mots, une attitude et des gestes à la fois fermes et apaisants.

Notre recours à une boîte de médiation avait pour fonction de faciliter la mise en place d'une relation thérapeutique alors que le dialogue direct était souvent empêché ou freiné. Le jeu nous a offert l'opportunité autant que thérapeute de contourner cet obstacle de l'interdit source de culpabilité et de honte en proposant un lieu protégé. Les premières séances avec l'enfant étaient caractérisées par un évitement, un syndrome de répétition qui s'exprimait particulièrement dans le jeu. Progressivement l'enfant a fait preuve de progression, en passant par une répétition automatique des scénarios dans le jeu, jusqu'à juste l'apparition du jeu abréactif qui témoigne d'une blessure psychique plus modérée, car l'enfant a récupéré une part de ses capacités élaboratives, ce qui lui a permis d'établir un scénario sans être bloqué dans une compulsion de répétition du trauma.

Au fur et à mesure des consultations, Manil a réussi à reprendre cours de son histoire et opérer des liaisons, on s'est aperçus que ses relations avec les autres se sont progressivement améliorées après l'agression, malgré ce qu'il a vécu de profondément incommunicable et déshumanisant.

Notre rôle autant que praticien, par rapport aux productions de Manil en manipulant le jeu, ce n'était pas de rester muet mais d'intervenir comme un coparticipant et proposer notre ressenti. Cette approche réintroduit la temporalité et a aidé Manil à redémarrer sa capacité de symbolisation et d'énonciation personnelle. (Romano, 2006, p 244)

Conclusion

L'expression du « jeu post-traumatique », témoigne de la sidération de l'enfant dans le trauma, sans capacité de s'en dégager. L'enfant « joue » en répétant dans une sorte de production, la même scène traumatique qui vient d'être vécue. Cette expression, en dehors de toute idée de jouissance, échappe à la créativité enfantine et ne fait que répéter en boucle le traumatisme subit. L'enfant à travers le jeu répète ce qu'il a vécu passivement sur un mode actif afin de parvenir à le maîtriser.



L'attention portée au jeu post-traumatique est à entendre comme lien de médiation avec l'enfant, comme un support pour restaurer l'enfant dans sa capacité de penser, comme un maillage pour limiter l'effondrement psychique.

Références bibliographiques

1. Benony H., Chahraoui K., 1999. *l'entretien clinique*, Paris: Dunod.
2. Condamin C., 2009. *Trauma, résilience et mémoire du corps, A propos d'un cas d'enfant sexuellement maltraité : approche projective et théorico-clinique*, *Bulletin de psychologie*, 5(503), 457-466.
3. Ciccone A., 2019. *L'observation clinique en psychopathologie – Base méthodologique, Recherche e, psychopathologie de l'enfant*, 35-59
4. Critères diagnostiques du DSM-5, 2015. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition*, pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10)
5. Crocq L., 2007. *Traumatismes psychiques, Prise en charge psychologique des victimes*, France, Masson
6. Damiani C., 2003. *Comment concilier réalité psychique et réalité judiciaire ? Stress et Trauma*, France: Barnéoud,
7. Miguel T., Paquette M., Lepage-Voyer C., 2019. *La Terreur des enfants*, Canada: Filigranc.
8. Hariki S., Gandelet J.-P., 2006. *La valise d'urgence médico-psychologique pour enfant- une boîte à médiation portable-*, *Stress et Trauma*, 6(4), 221-230.
9. Nérrette P. A. ; Jourdan-Ionescu C., Milot T., 2018. *le jeu post-traumatique : construit théorique dans l'évaluation du traumatisme psychologique chez Les jeunes enfants*, *Revue québécoise de psychologie*, 39(02)
10. Olliac B., 2012. *Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 60 (2012) ,307–314
11. Romano H., 2006. *Enfants et adolescents face à un événement traumatique, Quelle prise en charge dans l'immédiat ?*, *Stress et trauma*, 6(4), 239-246.
12. Romano H., 2010. *Traces du trauma dans les « jeux » d'enfants victimes d'événements traumatiques*, *Le journal des psychologues*, 57-61.
13. Romano H., 2012. *L'enfant et les jeux dangereux*, Paris: Dunod.
14. Smaga D., 2003. *L'hypnose, quelle place dans le traitement des syndromes psychotraumatiques ?*, *Stress et Trauma*, 39-44.

