



Article paru dans la revue
l'Observatoire, n°122,
Traumatisme. Causes, consé-
quences et résilience, 2024-2025.

www.revueobservatoire.be

Quand des psychotraumas passent inaperçus

Hubert BOUTSEN

Pédopsychiatre

Alternatives Familiales

boutsen.hubert@gmail.com

DÈS LA PETITE ENFANCE, DES PSYCHOTRAUMAS PEUVENT S'INSTALLER. SI CEUX-CI PEUVENT ÊTRE PALLIÉS, DANS LE MEILLEUR DES CAS, PAR UN REPÉRAGE PRÉCOCE ET DES SOINS DE QUALITÉ, CE N'EST PAS TOUJOURS AUSSI SIMPLE. EN TANT QUE PÉDOPSYCHIATRE ACTIF DANS LE DOMAINE DE L'ENFANCE MALTRAITÉE ET DE L'AIDE À LA JEUNESSE, HUBERT BOUTSEN A PU CONSTATER QUE L'EXPRESSION DE CERTAINES FORMES DE DIAGNOSTIC TROP RAPIDEMENT POSÉ, VOIRE DE L'AVEUGLEMENT, TANT DE LA PART DES PROCHES DE L'ENFANT QUE DES PROFESSIONNELS, MÈNENT À L'INVISIBILISATION DES TRAUMAS.

Mots-clés : traumatisme, enfance, famille, expression corporelle, nursing

Dans la majorité des cas, les psychotraumas chez les enfants se forment en milieu familial. Ce phénomène résulte d'un *nursing* malavisé, sans pour autant qu'il y ait de mauvaises intentions. Par *nursing*, entendons l'ensemble des soins ordinairement prodigués à l'enfant, notamment la manière de porter le bébé, c'est-à-dire la « portance », les paroles, les gestes et les soins, et plus généralement l'organisation de la journée avec des rituels repérables, dont ceux de l'endormissement, si importants. C'est là que tout commence pour l'enfant, dont on peut repérer ensuite le bon état psychique via l'expressivité corporelle, laquelle témoignera du développement harmonieux ou précaire de l'enfant.

Au sujet de l'enfant qui subit de la maltraitance et des violences de la part de ses parents, le psychiatre Barudy produit un énoncé des plus frappants qu'il met dans la bouche de ces derniers : « Nous t'aimons, nous te maltraitons, tais-toi, c'est normal¹. » Cette normalisation de l'inacceptable peut choquer le bon sens, mais elle n'est pas rare. Il arrive que l'enfant dénonce la maltraitance mais, terrifié, se rétracte. Son témoignage sera promptement déconsidéré : il ment, il affabule. C'est la solution de facilité qu'adoptent trop souvent l'entourage familial et le cercle des soignants.

En réfléchissant sur ces données, il nous faut tenir compte de cette évidence fondamentale : l'enfant fera tout, spontanément, pour s'adapter à n'importe quel parent possible, y compris ceux qui sont le moins à l'aise dans leur fonction parentale ou ceux qui volontairement les négligent. Mais cette adaptabilité a des limites ; dans certains cas, le prix à payer pour des errements parentaux dépasse les moyens du bébé².

Tout enfant passe par une forme ou une autre de crises. Il s'y adapte tant bien que mal. Cependant, lorsque les microstress se multiplient et passent inaperçus ou sont négligés aux yeux de l'entourage, leur répétition et leur intensité donnent lieu à des psychotraumas. À terme, dans le pire des cas, un syndrome de stress post-traumatique peut finir par affecter l'enfant en devenir. Faute d'avoir été repéré à temps, ce stress toujours négligé et jamais résolu finit par s'inscrire dans le psychisme sous forme de cicatrices ineffaçables.

La saga développementale de l'enfant

Tout se joue là, dans la mesure où le bébé est assuré, rassuré, réassuré, dans ses rapports avec son entourage familial, à l'occasion des multiples gestes que je rassemble sous le terme de *nursing*. Restons au plus près du concret : c'est la régularité dans la répétition des gestes de *nursing* qui va soutenir l'enfant dans l'organisation de sa propre structure.

1. BARUDY, J., *La douleur invisible de l'enfant. Approche écosystémique de la maltraitance*, Toulouse, Érès, 1997.

2. Dans l'abondante littérature secondaire, je voudrais renvoyer à des ouvrages fondamentaux, comme par exemple : ELIACHEFF C., *À corps et à cris* de Caroline Eliacheff, Paris, Odile Jacob, 1993 ; CULLERÉ-CRESPIN G., *La vitalité relationnelle du bébé*, coll. Temps d'arrêt, Yapaka, 2016 ; MILLER A., *C'est pour ton bien*, Paris, Aubier, 1984.

Tout un chacun, en grandissant, aura maintes fois l'occasion de verser quelques pleurs : angoisses de chute, de séparation ou de dévoration... S'il faut noter que des outils, comme les contes pour enfants, sont précieux pour représenter et surmonter des difficultés bien symbolisées et schématisées, au jour le jour, c'est bien la qualité du nursing relationnel qui apaisera ces pleurs et qui favorisera le développement naturel du narcissisme de l'enfant, son estime de soi.

Spontanément, l'enfant produit des représentations. Dès sa naissance, l'être humain est pour ainsi dire programmé pour rêver, vivre des émotions, développer de l'empathie via ses neurones-miroirs, initier des comportements d'offrandes et apprendre à apprendre. Il entre ainsi dans un processus de symbolisation dont dépendront ses futures capacités de résilience³. Toutes ces compétences permettent ensemble au bébé de dépasser tant bien que mal un certain nombre de difficultés, à la condition que les émotions qu'il vit soient validées et valorisées par son entourage...

Mais quand tout ne se passe pas bien, les psychotraumas vont affecter la capacité de l'enfant à créer des images mentales. Le processus de représentation, de symbolisation et d'associations est ainsi partiellement entravé, et une autre route est prise par les tout-petits. Ils vont fonctionner en miroir ou en écho, induisant chez l'observateur (familial ou professionnel) de véritables illusions d'optique : il en viendra à confondre l'imitation en miroir que produit l'enfant avec le mimétisme plus sain par lequel il s'approprierait ce qu'il voit, entend et apprend. Pour le dire d'une formule, imiter, ce n'est pas mimer, refléter, ce n'est pas réfléchir, et résonner, ce n'est pas raisonner. Construire son identité, ce n'est pas se rendre identique à l'autre, mais

l'observateur peut s'y tromper, non sans effets délétères. Aucune autonomie ne s'acquiert par ces pis-aller, par décalque en miroir ou en écho.

Nursing de nuit, nursing de jour

La notion de *nursing* est à la fois évidente et énigmatique. La mise en place de l'intelligence et de l'imaginaire chez le jeune enfant dépend directement de sa plus ou moins bonne mise en œuvre, ce dont on peut se rendre compte en se rendant attentif à l'expressivité corporelle et motrice que manifeste l'enfant⁴. L'avantage clinique qu'offre cette dimension d'expressivité motrice, qui est visible et par conséquent lisible moyennant une attention subtile, est d'offrir le moyen à l'observateur de bien suivre l'enfant dans les étapes de son développement et d'évaluer que tout se passe bien.

Pour illustrer ce propos, entrons dans le détail du *nursing* de nuit pour le contraster avec celui du jour. On le sait bien, une bonne nuit de sommeil est garante de l'accès de l'enfant à l'imaginaire, dont la version la plus essentielle est l'activité organisatrice propre au rêve. Rappelons que la part du sommeil de rêve dans la nuit du très jeune enfant est considérable, ce que démontre une comparaison avec les chiffres pour l'adulte : 60 à 80 % pour l'enfant contre 20 à 30 % chez l'adulte.

Pourquoi l'activité du rêve est-elle si importante ? Parce que sa fonction principale est la mémorisation des expériences et des apprentissages de la journée. C'est dans le rêve et par lui que l'enfant résout, autant que faire se peut, les conflits internes et externes qu'il a emmagasinés. S'il y échoue, le rêve tourne au cauchemar, lequel constitue un premier signal d'alarme. Si, pire encore, l'enfant est débordé par l'ampleur des

stress accumulés à l'occasion de crises irrésolues, il peut en arriver à refouler sa fonction imaginaire : s'installe alors un état très particulier que je voudrais nommer le *non-rêve*.

Pour bien rêver, il faut bien dormir et pour ce faire, il faut bien s'endormir. L'enfant accède à un sommeil de qualité via des rituels d'endormissement dont les éléments sont divers : le berceau comme lieu emblématique du sommeil, les berceuses et les bercements comme rituels d'entrée dans la phase de sommeil, pour faciliter la détente de l'enfant.

Passons maintenant à la journée. Un *nursing* de qualité doit prendre en compte les peurs de l'enfant, tout en mettant en œuvre, dans une structure aisément reconnaissable par lui, les gestes et activités auxquels il prendra même un certain plaisir : l'habillement, le linge, le bain, les repas et l'administration, s'il y a lieu, de soins de santé. Soyons concrets, à nouveau : le bon *nursing* permet à l'enfant de faire l'expérience d'un corps-à-corps et d'un peau-à-peau avec son parent. Cette expérience est particulièrement bénéfique en ce qu'elle ouvre sur une série d'accordages tonico-émotionnels : l'enfant commence à expérimenter et apprivoiser la proximité corporelle et affective d'avec autrui. Dans un *nursing* d'une telle qualité, l'enfant peut aussi prendre la mesure de sa propre incapacité à se porter, boire et gérer sa température (le chaud et le froid) ; cela le confronte à des sources d'angoisse, comme celle d'être lâché quand on le transporte ou encore d'être séparé ou abandonné par

3. Naturellement, je n'inclus pas dans cet énoncé le cas particulier de l'enfant psychotique ou autiste.

4. Pour plus de détails à ce sujet, voir BOUTSEN H., *Du rêve pour grandir*, éd/Aladdin, 2021.

celles et ceux qui s'en occupent ordinairement. Mais la manière de porter l'enfant (le « portage ») dans ses bras a le pouvoir de calmer ses angoisses de chute et de séparation, puis viendra le moment où l'enfant a suffisamment développé son équilibre et se met à marcher. Par ailleurs, il vainc son angoisse d'abandon en développant sa capacité à jouer tout seul.

Les équivalents du rêve dans la vie éveillée

J'ai mentionné la traduction du travail de rêve au niveau de l'expressivité corporelle et motrice, offrant ainsi la possibilité à l'observateur d'y lire les signes d'un développement bien lancé ou empêché, selon le cas. Je parle des « équivalents du rêve dans la vie éveillée » pour expliquer comment le travail du rêve détermine la qualité et la variété des mimiques de l'enfant, l'alternance de son tonus et de sa détente, etc. C'est la raison pour laquelle je me rends très attentif, chez l'enfant, au théâtre de ses mains, à l'expression spontanée d'une amorce de langage (vagissement, lallations, gazouillis, babil) et au plaisir sensorimoteur qu'il éprouve, en le distinguant bien des pics préoccupants d'agitation et d'excitation sensorimotrice qui pourraient lui ressembler.

Un enfant qui va bien prendra des initiatives ; il développera la réciprocité, en étant capable d'une attention divergente et convergente et en éprouvant du plaisir sensorimoteur : il est visiblement « bien dans son corps ». Dans le meilleur des cas, il est vu, validé, verbalisé, valorisé, ce qui lui fait beaucoup de bien, d'où « la nécessité de parler aux bébés⁵ ». Il bénéficie

de l'association de canaux de communication par la dialectique entre son corps réel et son corps imaginaire. Sans entrer dans le détail de son futur développement, on peut voir comment une première capacité d'association va permettre à l'enfant d'apprendre à lire et à écrire sans problèmes : les indices positifs se remarquent en observant comment l'enfant prend un objet, le tient, le maintient, l'explore en le mettant en bouche et en le manipulant pour le transformer en jouet. Ce genre d'observations est riche d'enseignements parce que l'enfant reproduit avec l'objet très exactement ce qu'il éprouve avec son propre corps. Cela se vérifie dans la mimogestualité synchronisée, c'est-à-dire dans l'association du geste, du mot, du mouvement, du son, du plaisir partagé avec l'adulte.

Quand tout se passe bien, vers l'âge de deux ans, l'enfant va affirmer son autonomie en proclamant « non, moi, tout seul » pour dire qu'il peut et qu'il veut se débrouiller tout seul. Ce manifeste énonce une volonté bienvenue d'autonomie dans l'acquisition d'un flot ininterrompu de nouvelles compétences, qui s'acquièrent surtout par essais et erreurs, avec le concours bienveillant de l'entourage familial.

Mais quand rien ne va, ces « équivalents du rêve » s'appauvrissent visiblement ou même se raréfient, tandis que d'autres « équivalents » apparaissent en creux au même endroit, comme l'expression directe de ce que j'appelle le non-rêve (propre à un sommeil peuplé de cauchemars). Ces équivalents du rêve traduisent une situation de cauchemar transposée dans la vie éveillée par l'expressivité corporelle. L'enfant va mal.

L'on voit cela à une série d'indices :

– à bas bruit : par de l'hypertonie généralisée, des cassures dans les courbes de poids, de taille, de

grandes difficultés d'endormissement (balancements), des infections récurrentes, etc. ;

– à grand bruit : ce sont des signes parfois spectaculaires, tels que des crises de colère disproportionnées sans élément déclencheur, des hurlements, des comportements impressionnants, comme se taper la tête contre le mur ou un meuble, des crises de pleurs inconsolables, de l'agitation, des peurs, des terreurs, de la panique, du refus face à la nourriture ou bien, au contraire, de l'avidité alimentaire,

– invisibles et silencieux : le retrait relationnel, un langage très pauvre, de l'indifférenciation et/ou de l'hyperradaptation.

Le corps de cet enfant qui va mal donne déjà des signes visibles et concrets de son profond désarroi dont l'entourage parlera de manière imagée : on le dira « raide comme un piquet », « fuyant comme une anguille », « excité comme une puce », « lourd comme une poupée de son », « accroché comme un koala ou un pot de colle ». Tous ces comportements insolites sont en fait des marqueurs corporels et psychiques : ce sont des indicateurs précieux de possibles psychotraumatismes quand, faute de solutions, ils persistent.

Quand les symptômes sont « travestis » dans le regard de l'observateur

L'observateur, comme tout être humain, peut se tromper et se laisser piéger par des illusions d'optique qu'il me faut évoquer ici, sans ambition d'être complet.

C'est ainsi que des écarts trop grands entre l'âge biographique de l'enfant, son âge physique (tel que son développement le donne à voir), son âge affectif (c'est-à-dire sa maturité émo-

5. WATILLON-NAVEAU A., coll. Temps d'Arrêt, Yapaka, n° 81, 2015.

tionnelle et affective) et son âge cognitif (son acuité intellectuelle) constituent la marque certaine d'un trouble de la dynamique de développement sur lequel le personnel d'aide à l'enfance a tendance, trop souvent, à se tromper ou à s'aveugler. En effet, la tentation est bien grande de conclure à quelque « retard de développement qui va s'arranger plus tard », comme si cela n'était rien.

Quand, pour l'observateur, l'expressivité motrice est réduite à la seule motricité mécanique, il lui est bien difficile de procéder à l'évaluation professionnelle des psychotraumas et de leurs conséquences cognitives. La difficulté s'accroît lorsque les intervenants suivent des grilles de lecture figées, et minimisent ou dénaturent ce que les enfants tentent d'exprimer de leur désarroi.

Voici quelques exemples qui peuvent donner lieu à des interprétations faussées :

Un bébé qui dort dans les bras de sa mère peut renvoyer l'image archétypale de la sérénité vécue par la Vierge berçant l'Enfant-Jésus sans que l'on perçoive que le bébé est peut-être mal « porté » et qu'il a réduit son seuil de vigilance pour pouvoir s'endormir et fuir ainsi des interactions parentales contradictoires et/ou inadéquates. Plus généralement, on peut voir chez l'enfant qui se love dans les bras de son parent l'expression de son amour, mais cela peut aussi résulter d'une pulsion de « collage » anxieux.

Si le diagnostic de torticolis congénital spasmodique chez l'enfant peut certes mettre en évidence des causes purement musculaires, ce phénomène peut aussi résulter d'une stratégie d'évitement et de refus de la part de l'enfant : celui-ci détourne en permanence la tête, pour éviter tout regard.

L'apparition précoce de la marche peut être le signe d'un développement harmonieux sur fond de compétences parentales accomplies, mais elle peut également résulter d'une trop grande stimulation des réflexes ostéotendineux liée à l'hypertonie. Dans le même esprit, l'enfant qui ne tient pas en place peut donner l'impression qu'il est simplement tout plein de vie, alors que sa motricité est rendue explosive par des difficultés de contenance.

Un retard de croissance n'est pas forcément lié aux seules hormones, car il faut également envisager la possibilité d'un phénomène de nanisme psychosocial.

Le trouble de l'attention (et le recours automatique à la Rilatine) peut résulter d'un manque d'attention et de contenance adéquate de la part de l'entourage. En effet, si les enfants repèrent tout de suite une présence physique, ils sont tout aussi sensibles à l'absence psychique de parents zombies.

Un quotient intellectuel apparemment trop faible par rapport à la norme peut être le signe d'une indéniable arriération mentale, mais il se pourrait qu'il s'agisse d'un phénomène de pseudo-débilisation par l'enfant lui-même.

Pour conclure

Un système familial adéquat favorise chez l'enfant le développement de liens d'attachement structurants qui l'équipent des ressources nécessaires pour se construire. Dans un cas moins favorable, ce lien d'attachement peut être évitant et anxieux, ambivalent et désorganisé. À terme, un syndrome de stress post-traumatique peut affleurer, lorsque ces désordres n'ont pas été correctement diagnostiqués.

Toute la difficulté que j'ai voulu pointer ici tient à la dissociation que l'on produit automatiquement dans l'évaluation professionnelle, entre la saga du développement chez l'enfant, et qui semble ne concerner que lui, et la qualité de l'entourage concret et symbolique formé par les activités du *nursing* dans ses rapports constants avec l'enfant. C'est ainsi que l'on peut innocemment s'aveugler sur les premiers signes de dysfonctionnement présentés par l'enfant, tout en exonérant le système familial de toute responsabilité. Dans cette situation de cécité méthodologique, on se contente du pseudo-diagnostic qui consiste à faire l'hypothèse d'un « retard psychomoteur » au sujet duquel on se donne aisément bonne conscience en déclarant que « ça va s'arranger plus tard ».

Cette bévue méthodologique n'est pas exceptionnelle : on n'a pas encore le réflexe de considérer l'enfant à partir de son interaction avec son entourage. On peine à respecter l'articulation intime du concret – le corps dans sa propre expressivité éloquente – avec sa contrepartie plus abstraite mais plus « noble » – l'esprit, la conscience, l'imaginaire. Ces travers ont été maintes fois dénoncés : on restera aveugle au lien intime entre motricité et imaginaire (selon l'enseignement de Sami-Ali⁶), entre intégration motrice et intelligence (selon ceux d'Aucouturier⁷ et de S. Robert-Ouvray⁸).

6. SAMI-ALI M., *Le banal*, Paris, Gallimard, 1980.

7. AUCOUTURIER B., *Agir, jouer, penser*, Deboeck, 2017

8. ROBERT-OUVRAY, S., *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997 et *Enfant abusé, enfant médusé*, Paris, Desclée de Brouwer, 2003.