

LE JEU POST-TRAUMATIQUE : CONSTRUIT THÉORIQUE DANS L'ÉVALUATION DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

POSTTRAUMATIC PLAY: THEORICAL FRAMEWORK IN ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA AMONG YOUNG CHILDREN

Paméla-Andrée Nérette, Colette Jourdan-Ionescu et Tristan Milot

Volume 39, numéro 2, 2018

LES MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES PRÉCONISÉES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MATIÈRE DE PROBLÉMATIQUES COMPORTEMENTALES
THE RECOMMENDED BEST CLINICAL PRACTICES IN THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES SECTOR REGARDING BEHAVIOURAL ISSUES

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1051223ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1051223ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nérette, 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(2), 93–113. <https://doi.org/10.7202/1051223ar>

Résumé de l'article

Cet article a pour objet la mise en lumière d'un cadre conceptuel encore trop méconnu pour aider le clinicien à repérer les jeunes enfants victimes de traumatismes psychologiques: le jeu post-traumatique. D'autres cadres théoriques (p. ex., le trauma complexe, un État de stress post-traumatique) peuvent permettre par observation indirecte, d'identifier les perturbations comportementales et développementales des enfants victimes de traumatisme. Mais, c'est l'observation directe, soit l'expression du trauma dans le jeu, qui permet de comprendre l'expérience subjective du jeune enfant victime d'évènements et situations traumatiques. Il a, en effet, été démontré que les enfants traumatisés jouent différemment de leurs pairs non traumatisés. Le jeu post-traumatique est le langage codé de l'enfant, une manière adaptée à son stade développemental de communiquer et possiblement de demander de l'assistance. Cet article propose de documenter ces signes cliniques répertoriés dans les écrits scientifiques.

LE JEU POST-TRAUMATIQUE : CONSTRUIT THÉORIQUE DANS L'ÉVALUATION DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES JEUNES ENFANTS

POSTTRAUMATIC PLAY: THEORICAL FRAMEWORK IN ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA AMONG YOUNG CHILDREN

Paméla-Andrée Nérette¹
Université du Québec à Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu
Université du Québec à Trois-Rivières

Tristan Milot
Université du Québec à Trois-Rivières

Le trauma part toujours de l'extérieur de l'enfant mais il s'incorpore vite dans l'esprit (Terr, 1990).

PROBLÉMATIQUE

Définition du trauma

Le trauma psychologique se définit comme une blessure à la personnalité due aux difficultés d'un enfant à composer avec un événement ou une situation bouleversante, traumatisante, et qui dépasse ses capacités de défense et d'adaptation (Romano, 2013). Cela peut survenir sous la forme d'un choc (ou d'une série de chocs) soudain(s), inattendu(s) rendant l'enfant impuissant, submergé (Baubet, Taïeb, Pradère et Moro, 2004; Terr, 1981, 1991), ou encore résulter d'un contexte de vie teinté par l'adversité et d'une exposition chronique et répétée au stress toxique (Ford et Courtois, 2013). Selon une perspective neurobiologique, les événements deviennent traumatiques lorsque le système de réponse au stress s'active d'une manière si extrême que cela passe d'une réponse adaptative à mal adaptative (Schore, 2013).

Pour être considérés comme *potentiellement* traumatisants, les événements ou les situations vécus doivent donc avoir confronté le jeune enfant à la mort, à des blessures, ou encore, porter atteinte à son intégrité psychologique. Face à cette multiplicité d'événements ou de situations potentiellement traumatisantes, il est nécessaire de distinguer ce que Terr (1991) a d'abord nommé les traumas de type 1 et les traumas de types 2. Les traumas de type 1 sont induits par un événement unique (p. ex., un accident d'auto, les désastres naturels, la mort subite d'un parent, etc.) et ont des conséquences très spécifiques. L'évènement traumatique est de

1. Adresse de correspondance : CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, site CLSC Verdun, 400 rue de l'Église, Verdun (Québec), H4G 2M4. Téléphone : 514-766-0546, poste 52381. Courriel : pamela-andree.nerette@uqtr.ca

courte durée, n'est pas de nature interpersonnelle, et les enfants qui les subissent bénéficient en général, d'une relation d'attachement sécurisante et du soutien de leur famille. Les traumatismes de type 2 sont, pour leur part, de nature interpersonnelle, répétés, chroniques et prolongés, et ont des conséquences beaucoup plus importantes sur le développement de l'identité et de la personnalité. Ces événements ou situations peuvent prendre la forme d'abus physiques, d'abus sexuels, de maltraitance psychologique, de négligence, d'exposition à la violence conjugale, le fait de subir des procédures médicales invasives, etc. (Lanktree et Briere, 2017).

Dans ce type de traumatismes relationnels où la figure d'autorité au lieu de protéger l'enfant lui nuit et le violence, l'horreur répétée induit chez l'enfant un sentiment d'anticipation et d'attente, qui engendrent des stratégies d'adaptation (Terr, 1991). Ces stratégies d'adaptation sont décrites par Terr (1991) comme impliquant un déni massif des événements, du refoulement, une dissociation, un engourdissement émotionnel (ou une anesthésie affective), une identification à l'agresseur et de l'agression retournée contre soi. Les émotions associées seraient notamment la rage, un sentiment de terreur, la peur, la honte et culpabilité, une tristesse ininterrompue, voire l'absence d'émotions (Terr, 1990, 1991).

Depuis sa première formulation par Terr en 1991, la notion de trauma de type 2 a beaucoup évolué, ayant été notamment appuyée par les résultats d'études multiples sur les conséquences de la maltraitance, de la neurobiologie du stress et en particulier du stress traumatique, des études sur le trouble du stress posttraumatique chez les enfants et de la théorie de l'attachement. Le concept est davantage connu aujourd'hui sous le terme de trauma complexe (en référence à la complexité des situations) ou de trauma développemental (notamment en raison des impacts négatifs sur le développement). Le trauma complexe ou développemental résulte donc le plus souvent d'une série d'abus, de négligence ou de maltraitance psychologique vécu dans un contexte de relations interpersonnelles (Ford et Courtois, 2013).

Conséquences de l'exposition à des événements ou des situations traumatiques

Les conséquences du trauma complexe sont globales et portent atteinte à plusieurs sphères du développement de l'enfant, comme en témoignent les dimensions que ce construit théorique regroupe: problèmes d'attachement, dysrégulation affective et comportementale (attention, concentration), dissociation, problèmes identitaires, problèmes cognitifs (retards scolaires et problèmes d'apprentissages), problèmes de comportement (diagnostics psychiatriques et comorbidité), et atteintes neurobiologiques (Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre et

Van der Kolk, 2005; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola et van der Kolk, 2012; Nader, 2008). L'une des conséquences largement documentée de l'exposition à des événements ou des situations traumatiques (ÉST) est l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) tel que défini dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM, APA, 2013). Alistic, Zalta, van Wesel, Larsen, Hafstad, Hassanpour, Smid (2014) ont conduit une méta analyse pour déterminer la prévalence de l'ÉSPT chez les enfants exposés à des ÉST. Ils constatent qu'environ 15.9% des enfants ayant vécu des ÉST développent un ÉSPT, ce pourcentage variant en fonction des types de traumas vécus et du sexe de l'enfant. Ainsi, les enfants les moins à risque de développer un ÉSPT sont les garçons exposés à des traumas non interpersonnels (8,4 %; IC 95 % : 4,7-14,5). En comparaison, les filles exposées à des traumas interpersonnels ont le risque le plus élevé de développer un ÉSPT (32,9 %, IC 95 % : 19,8-49,3). Cette différence de proportion semble donc témoigner que l'exposition à des situations traumatiques complexes augmente grandement le risque de développer un ÉSPT, en comparaison avec les traumas uniques. Il demeure qu'une proportion importante d'enfants ayant vécu des ÉST, qu'ils soient ou non complexes, ne développent pas d'ÉSPT. Considérant la vaste documentation qui démontre, sans équivoque, le caractère traumatique des situations de maltraitance, ces résultats sont surprenants. Ils laissent à penser que certains enfants ont des difficultés qui n'atteignent pas le seuil suffisant pour rencontrer les critères d'un ÉSPT, ou encore que ce diagnostic soit limité dans sa capacité à tenir compte des difficultés des enfants traumatisés.

ÉSPT

Actuellement, les critères de l'algorithme du diagnostic de l'état de stress post-traumatique du DSM-5 (APA, 2013) chez le jeune enfant (moins de 6 ans) s'articulent autour de quatre dimensions : 1) Symptômes de reviviscence ou d'intrusion (intrusion récurrente de souvenirs qui peut se présenter sous forme de jeu répétitif; cauchemars traumatiques; réactions dissociatives avec reconstitution par le jeu; détresse lors de l'exposition à des indices rappelant l'évènement; réactions physiologiques marquées après exposition à des stimuli rappelant le traumatisme); 2) Symptômes d'évitement (évitement des indices rappelant le traumatisme; évitement de pensées, émotions et conversations rappelant le trauma); 3) Symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (fréquence augmentée d'émotions négatives; diminution des intérêts notamment par rapport au jeu; retrait social; restriction de l'expression d'émotions positives); 4) Symptômes d'hyper-éveil (hypervigilance; réaction de sursaut exagérée; difficultés de concentration; sommeil perturbé; irritabilité avec crises de colère).

En comparaison avec le DSM-IV-R (1994), les critères d'un ÉSPT du DSM-5 permettent d'identifier une plus grande proportion d'enfants ayant un ÉSPT. En effet, les recherches concernant les critères diagnostiques du DSM-IV-TR avaient constaté la difficulté de cet ancien algorithme à capter adéquatement les manifestations cliniques et les symptômes d'un ÉSPT chez les jeunes enfants (De Young, Kenardy et Cobham, 2011; Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule et Dalgleish, 2008; Pynoos, Steinberg, Layne, Briggs, Ostrowski et Fairbank, 2009); ceci conduisant à une sous-estimation de la prévalence des enfants en détresse ayant vécu un événement traumatique. Face à ces critiques, un nouvel algorithme plus sensible à la réalité développementale des jeunes enfants a été inclus dans le nouveau DSM-5 afin d'augmenter la validité discriminante d'un diagnostic d'ÉSPT chez les jeunes enfants (Scheeringa, Myers, Putman et Zeanah, 2012). Malgré ces modifications, de façon générale, une des sérieuses limites évoquées pour les enfants est que l'établissement des critères diagnostiques d'un ÉSPT ont été élaborés à partir d'une conceptualisation « adulte-centrée » (Dewulf, Van Broeck et Philippot, 2006). De surcroît, le DSM ne permet pas de comprendre les émotions intériorisées complexes des enfants victimes d'événements traumatiques en raison du langage élaboré et des capacités cognitives en émergence, nécessaires pour décrire le vécu et les émotions (Scheeringa, 2008). Ce cadre conceptuel repose donc essentiellement sur une description comportementale des symptômes fait par un tiers, donc par observation indirecte. De plus, l'algorithme du DSM ne rend pas compte de l'effet des expériences traumatiques selon les différentes étapes du développement de l'enfant et ne prend pas en considération l'impact de la multiplicité des événements traumatiques (Cook et al., 2005; Van der Kolk et Najavits, 2013). Notons que la proposition d'inclure le construit théorique « traumatisme complexe » (ou trauma développemental), comme nouvelle entité diagnostique dans le DSM-5 n'a pas été retenue.

Quoi qu'il en soit, malgré les limites du DSM-5 à repérer les enfants victimes de traumatismes complexes, l'exposition à un (ou des) événement(s) traumatique(s) est nécessaire mais non suffisante pour causer un ÉSPT (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell et Field, 2012). Les mécanismes sous-jacents qui expliquent la variabilité dans les réponses psychologiques aux événements traumatiques restent à démontrer (Alistic, Jongmans, van Wesel et Kleber, 2011) car l'évaluation des réactions traumatiques chez les enfants se complique par la nature transactionnelle des variables, possiblement due à la complexité des interrelations², mais aussi à certaines limites sur le plan méthodologique (Nader, 2008). Cependant, comme nous le rappellent Alistic et al. (2011) quelques théories ont été évoquées dans les écrits scientifiques pour

2. Par exemple, les symptômes de reviviscence pourraient activer le système d'hyper-réveil, qui lui active l'agression.

expliquer l'éclosion d'un ÉSPT chez les enfants : 1- la régulation des émotions qui est influencée par le niveau développemental; 2- les déficits dans la mémoire traumatique en raison de processus cognitifs incomplets durant l'ÉST et de l'évitement cognitif après l'ÉST; 3- de mauvaises évaluations de l'ÉST qui mènent à un sentiment chronique d'être en danger; 4- des comportements dysfonctionnels et des stratégies cognitives qui veulent contrôler le sentiment de menace mais qui maintiennent le problème (suppression de pensées); 5- les aspects neurobiologiques (réponse au stress); etc. Malgré ces hypothèses ou postulats théoriques, les mécanismes par lesquels les facteurs de risque et les facteurs de protection influencent une détresse post-traumatique restent encore à démontrer (Alistic, et al., 2011). Plusieurs méta-analyses se sont intéressées à l'association entre des prédicteurs (p. ex., les facteurs de risque) et le développement d'un traumatisme psychologique chez l'enfant ou ÉSPT (Alistic et al., 2011; Cox, Kenardy et Hendrikz, 2008; Kahana, Feeny, Youngstrom et Drotar, 2006; Trickey et al. 2012; van Wesel, Boeije, Alistic et Drost, 2012). Les résultats de ces études soulignent que l'expérience subjective est un élément important à considérer dans la compréhension du phénomène.

L'expérience subjective

Cox et al. (2008) et Kahana et al. (2006) ont étudié des facteurs de risque associés à un ÉSPT chez l'enfant. Toutefois plusieurs limites empêchent la généralisation des résultats, notamment un échantillonnage uniquement composé d'enfants victimes d'accidents avec blessures (donc des traumatismes uniques) admis au centre hospitalier (Alistic et al., 2011). Trickey et al. (2012) ont voulu estimer comment différents facteurs de risque sont associés au développement d'une détresse post-traumatique qui suivent ou précèdent une variété d'événements traumatiques (i.e. uniques et relationnels). Ils ont donc examiné à travers plusieurs études la constance dans la relation entre 25 facteurs de risque et leur force d'association (prédicteurs) avec le diagnostic d'État de stress post-traumatique chez les enfants âgés entre 6 et 18 ans (64 études; N = 32 238). Pour ce faire, ils ont regroupé les facteurs de risque en six catégories : 1) les facteurs démographiques (genre, QI, race, jeune âge); 2) les facteurs pré-traumatiques qui augmentent la vulnérabilité ou la résilience (événements de vie précédant l'événement traumatique, problème psychologique de l'enfant ou du parent, faible estime de soi); 3) les caractéristiques objectives du trauma (sévérité de l'événement traumatique, niveau d'exposition); 4) les caractéristiques subjectives du trauma (la peur intense ressentie pendant l'événement traumatique notamment le sentiment de menace à sa propre vie, le sentiment d'impuissance ou d'horreur); 5) les facteurs post-traumatiques individuels, stratégies de coping et mécanismes biologiques (problèmes psychologiques comorbides, distraction, suppression de pensées, blâmer

les autres) et 6) l'environnement psychologique post-traumatique (faible support social, pauvre fonctionnement familial, problème psychologique parental, retrait social, événements de vie et exposition médiatique).

Des tailles d'effets larges ont été trouvées pour : faible support social, caractéristiques subjectives du trauma (peur ressentie, sentiment de menace à sa propre vie), retrait social, problèmes psychologiques comorbides, pauvre fonctionnement familial, distraction, suppression de pensées, et un ÉSPT détecté peu de temps après l'ÉST. Les auteurs demeurent prudents concernant certains résultats puisque certains facteurs de risque provenaient seulement que de 2-4 études (p. ex., suppression de pensées), ce qui est une limite au point de vue de la généralisation des résultats (Trickey et al, 2012). D'ailleurs, parmi les 25 facteurs de risque recensés par les auteurs dans les études, seuls six facteurs ont été étudiés dans plus de dix études.

Alistic et al. (2011) ont répertorié 40 études (mesurant les prédicteurs à court et long terme de symptômes post-traumatiques identifiés) dont les échantillonnages étaient plus variés et constitués d'enfants ayant subi divers types d'événements traumatiques. Les auteurs ont examiné douze prédicteurs, qui devaient répondre à la condition de provenir de cinq études indépendantes. Selon leurs conclusions, les prédicteurs présentant les tailles d'effet les plus puissants sont : les symptômes de stress post-traumatique qui surgissent peu de temps après un ÉST; la dépression, l'anxiété, et le stress parental post-traumatique. De petites tailles d'effet ont été trouvées pour : être une fille, sévérité de la blessure, durée de l'hospitalisation, fréquence cardiaque élevée après hospitalisation. Tandis que les facteurs âge, statut socio-économique et statut minoritaire n'étaient pas reliés à des réactions post-traumatiques à long terme. L'une des conclusions de cette étude est que les symptômes psychologiques déclenchés peu de temps après le ou les événements traumatiques sont les meilleurs indicateurs pour prédire un ÉSPT chez l'enfant. Pour approfondir ce propos, van Wesel et al. (2012) ont conduit une méta-analyse qualitative afin de mieux répondre à la question : comment les enfants expérimentent-ils leur trauma, et comment peuvent-ils récupérer? Il s'agit donc d'une plongée au cœur de leur expérience subjective. Le but était de conceptualiser les études où on s'arrête à la perspective de l'enfant. Issue d'une méthodologie qualitative, les auteurs ont donc conduit une synthèse thématique à partir d'études qualitatives qui ont directement questionné l'enfant (p. ex., focus groupe). À peu près tous les articles retenus pour cette méta-analyse rapportent que les enfants traumatisés disent expérimenter de fortes émotions, directement reliées au trauma. L'une des émotions les plus évoquées est la peur : de l'inconnu, de la violence répétée, de la mort, de la séparation et de la perte, de l'avenir, d'être différent. Le sentiment d'impuissance était aussi rapporté dans

plusieurs études : impuissance d'avoir perdu le contrôle sur leur vie, ce qui remonte quand ils sont confrontés à leur souffrance, vulnérabilité et mort. D'autres émotions fortes apparaissent : solitude, culpabilité, humiliation, honte, perte de confiance, inquiétudes, désespoir, dépression, colère. Les stratégies de coping relevées sont notamment : le déni et l'évitement; trouver un sens; prendre le contrôle. Selon van Wesel et al. (2012), l'expérience de l'enfant est cruciale. Ce que l'enfant expérimente comme préoccupations en lien avec l'exposition aux événements traumatiques est donc beaucoup plus large que ce que l'algorithme du DSM-5 tente de couvrir.

Afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent l'occurrence d'un ÉSPT chez l'enfant, mais aussi la rémission d'un ÉSPT, il est nécessaire de comprendre et tester les théories existantes et de construire à partir de cela (Alistic et al., 2011). Les prédicteurs les plus puissants dans le développement d'un ÉSPT semblent directement reliés à l'évènement ou aux évènements traumatiques et à ce qu'ils engendrent comme séquelles psychologiques et sentiments de terreur, d'impuissance et de menace à l'intégrité. Cela met de l'avant l'importance de tenir compte de l'expérience subjective (ou le ressenti de l'enfant – p. ex., les émotions vécues) qui suit le ou les évènements potentiellement traumatisants, qui pourrait bien agir comme *une variable médiatrice* pour le développement ou non d'un traumatisme psychologique. Ainsi, donc, savoir ce que l'enfant ressent et éventuellement pense par rapport à ce qu'il a vécu est crucial dans l'évaluation du trauma.

Qu'en est-il donc des jeunes enfants? Comment accéder à leur expérience subjective alors que le langage est encore en émergence? Car, comme le souligne Romano (2012), dans la prise en charge des bébés et des jeunes enfants, il est essentiel d'évaluer les « blessés psychiques » pour les orienter vers les ressources adéquates.

DÉPISTAGE DES ENFANTS TRAUMATISÉS

Les enfants référés pour troubles de comportements : tenir compte des traumas

La littérature abonde d'écrits empiriques et cliniques bien documentés sur l'impact des événements traumatiques sur les enfants. Ces écrits – auxquels le lecteur peut se référer (p. ex., Ford et Courtois., 2013; James, 1989; Nader, 2008) – font état des séquelles traumatiques, des symptômes, des caractéristiques, des problèmes de comportements (intériorisés et extériorisés) et développementaux et de l'impact selon une perspective neurobiologique, associés aux traumatismes chez l'enfant. Savoir que les symptômes traumatiques sont empiriquement associés à des perturbations comportementales chez les enfants permet de

considérer les problèmes de comportement sous un autre angle (Milot, Éthier, St-Laurent et Provost, 2010) et implique plus de rigueur pour traiter le trauma des enfants. Les problèmes de comportement masquent donc des traumatismes. Comme le soulignent Milot, Collin-Vezina et Milne (2013) : « Plusieurs enfants maltraités sont étiquetés d'une multitude d'autres diagnostics de santé mentale, incluant le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble réactionnel de l'attachement, la dépression et le trouble des conduites. Les symptômes traumatiques [...] sont camouflés par l'intensité et la diversité des autres difficultés » (p. 1). Les troubles de comportement devraient nous mettre la puce à l'oreille. Au lieu de se demander quel est le problème de cet enfant, on devrait plutôt se questionner sur la souffrance et la détresse de l'enfant : qu'est-ce qui a bien pu arriver à cet enfant pour que sa relation à soi, à l'autre et à sa collectivité soit si perturbée?

Comme le souligne Nader (2008), l'incapacité à résorber des symptômes post-traumatiques perpétue des conséquences à court et long terme dans la capacité de l'enfant à s'engager dans des comportements productifs et à répondre aux tâches développementales (sociales, scolaires, personnelles). Les études longitudinales montrent que les enfants présentant un diagnostic d'ÉSPT ne semblent pas récupérer spontanément de leurs traumatismes. L'étude de Scheeringa et al. (2012) démontre que les jeunes enfants avec un diagnostic d'ÉSPT de leur échantillon ont conservé le même diagnostic quelques mois, voire des années après, en post-test. Les résultats de l'étude de Meiser-Stedman et al. (2008) vont dans le même sens: 69 % des enfants ayant reçu le diagnostic d'ÉSPT 2-4 semaines après l'évènement avaient le même diagnostic six mois plus tard. La sévérité des symptômes ne semble pas diminuer même après deux ans. Un rétablissement spontané du traumatisme psychologique ne semble pas se produire dans la majorité des cas. Ainsi, l'évaluation précise du trauma est cruciale pour mettre en route des soins spécifiques permettant à l'enfant de récupérer de son traumatisme psychique et de reprendre son développement.

Les cadres conceptuels bien connus que sont le DSM-5 et le trauma complexe sont très utiles pour dépister les enfants traumatisés. Mais ces deux cadres conceptuels sont insuffisants pour capter le point de vue de l'enfant et notamment le sens subjectif de l'évènement ou des évènements traumatiques pour l'enfant. Pour faire cela, une approche multi modale, multi informant est nécessaire car un plan de traitement est incomplet s'il ne tient pas compte de la perspective de l'enfant.

Évaluation multi répondants et multi sources

Parmi les recommandations pour l'évaluation psychologique des enfants (Bouvard, 2008; Dumas, 2013), on retrouve l'utilisation de sources de collecte de données variées (questionnaires, entrevues, etc.) provenant de différents points de vue dont celui de l'enfant lui-même. On sait que la perspective de l'enfant et celle de ses parents ne sont souvent pas les mêmes. Les parents sont de bons observateurs des problèmes extériorisés et, les enfants, de leurs problèmes intériorisés (Nader, 2008; Rowella, Kuijpers, Otten, Krol, Vermuist et Engels, 2013). Tel que mentionné par Gardner (2000), les approches combinant de multi répondants (répondants provenant de la famille ou du milieu de garde de l'école) et de multi méthodes (de mesures, de contextes) ont l'avantage d'éviter les biais de mesure systématiques qui peuvent survenir quand on a une seule source d'information. Selon l'auteur, des résultats mitigés sont observés dans la littérature scientifique concernant la combinaison de différentes sources d'observation (directe et indirecte) cherchant à mesurer le même construit, avec des corrélations approchant les $r = 0,3$. Gardner en conclut que cela pourrait traduire le fait que les différentes sources de collecte de données apportent des informations uniques, et donc complémentaires, à la compréhension d'un phénomène.

L'observation indirecte permet de repérer des perturbations comportementales inhérentes et associées à un trauma psychologique chez les enfants (p. ex., le *Child Behavior Check List-CBCL* – Achenbach et McConaughy, 1987; Milot, Plamondon, Éthier, Lemelin, St-Laurent et Rousseau, 2013; et le *Trauma Symptom Checklist for Young Children-TSCYC* – Brière, Johnson, Bissada, Damon, Crouch, Gil, Hanson et Ernst, 2001; Lanktree et Briere, 2017). Ces questionnaires hétéro-rapportés ont l'avantage d'être faciles à administrer, d'être peu coûteux et de rendre l'information rapidement accessible. De plus, ils compensent les problèmes de fiabilité de la mesure par des questionnaires qui s'adressent directement aux jeunes enfants (Rowella et al., 2013). Mais, les questionnaires démontrent une tendance du parent à sous-évaluer la détresse de leurs enfants. Autrement dit, lorsque l'enfant a la chance de s'exprimer, soit par le jeu ou par l'écrit/la parole, sa détresse apparaît bien supérieure à ce qu'avait pu en percevoir ses parents ou les répondants. Donc en questionnant l'enfant, on réduit l'erreur de mesure observée lorsque la collecte de données ne comprend que des questionnaires destinés aux parents ou aux enseignants (Gardner, 2000) et on augmente la compréhension des réactions post-traumatiques chez un enfant (Nader, 2008). Puisque la parole de l'enfant s'exprime par les jeux, il nous revient, à nous les professionnels, d'apprendre ce langage codé qui permet à l'enfant de se dire et d'être entendu, et ainsi, de comprendre l'expérience subjective de l'enfant tout en respectant ses capacités développementales.

LE JEU POST-TRAUMATIQUE : EXPRESSION DU TRAUMA DANS LES JEUX D'ENFANTS VICTIMES

Ce qui est si intéressant concernant le jeu post-traumatique est qu'il est si inévitable (Terr, 2013).

Évolution du concept de jeu post-traumatique

Lenore Terr, psychiatre américaine, a été la première auteure à s'intéresser et à systématiser ses observations du jeu des enfants suite à un événement traumatique (Terr, 1979, 1981, 1983, 1991). Ses recherches sur le jeu post-traumatique (JPT) ont débuté après que 26 enfants aient été kidnappés dans leur autobus scolaire en 1976 à Chowchilla aux États-Unis, et elles se sont élargies à tous les enfants suivis dans sa clinique. Les études de Terr (1979, 1981, 1983) lui permettent de conclure que le jeu post-traumatique est une manifestation fréquente et commune de l'anxiété traumatique des enfants, puisque la plupart de ses échantillons, autant ceux victimes d'un trauma unique (i.e. kidnapping) que de trauma développemental présentaient les caractéristiques du jeu post-traumatique (Terr, 1983). On doit à cette auteure l'élaboration du concept de jeu post-traumatique et de ses caractéristiques. Quelques articles sont déterminants pour mieux comprendre l'élaboration théorique de cette clinicienne chercheuse. L'article intitulé *Forbidden Games* (Terr, 1981) amplifie les conclusions de ses recherches précédentes (1979) et jette les bases des caractéristiques du concept du JPT à partir de l'étude du jeu d'un groupe d'enfants référés pour une évaluation en psychiatrie après suspicion d'avoir vécu des événements traumatiques. Ces enfants ont été vus à raison d'une heure, durant trois à quatre sessions. L'étude qualitative (N = 12; âge 7 mois à 17 ans) théorise les onze caractéristiques suivantes du JPT : 1) Répétition compulsive (ne s'arrête que lors de l'intervention d'un parent ou lors d'une compréhension émotionnelle de la connexion entre le jeu et son origine; la compulsion vient du fait que le déni n'est jamais complètement atteint d'où le jeu qui se répète incessamment et devient compulsif); 2) Lien inconscient entre le JPT et l'évènement traumatique (connexion ritualisée et résistance de la part de l'enfant à le rendre conscient); 3) Jeu littéral (il est possible de deviner le trauma sans autre information factuelle), accompagné de défenses simples; 4) Échec du jeu à faire diminuer l'anxiété; 5) Répandu quel que soit l'âge des enfants (de quelques mois à près de 18 ans); 6) Variabilité temporelle de l'émergence du JPT après un événement traumatique; 7) Implication des pairs non traumatisés (en raison d'un réservoir énorme d'anxiété, l'enfant traumatisé entraîne et expose d'autres enfants dans ses jeux répétitifs); 8) Transmission inconsciente et contagion du JPT à une nouvelle génération d'enfants non victimes (p. ex., un jeune frère fait un JPT sans avoir été victime du même événement traumatique); 9) Danger du JPT car les enfants adoptent des comportements à haut risque, à comprendre comme un symptôme de

reconstitution; 10) Utilisation de matériel (audio, visuel) pour répéter le trauma (Terr rapporte, en 1990, que l'œuvre de Stephen King serait une forme de reconstitution du trauma initial); 11) Possibilité de relier le JPT à un événement traumatique antérieur.

D'autres cliniciens ont contribué à ce champ d'expertise clinique très précis (Dripchak, 2007; Gil, 2006, 2010, 2017; James, 1989; Romano, 2010, 2012; Shelby et Félix, 2005) en ajoutant leurs apports et leurs observations issues de la clinique. Romano (2010; 2012) propose une réflexion selon laquelle les symptômes de reviviscence bien connu dans le domaine du trauma s'expriment à travers des jeux traumatiques. L'auteure nuance trois degrés de manifestation que l'on retrouve chez l'enfant traumatisé : le jeu traumatique, le jeu abréactif et la reconstitution par le jeu (re-enactment). Le *jeu traumatique* est utilisé par Romano en remplacement du terme jeu post-traumatique, car l'auteure défend l'idée selon laquelle l'enfant est encore dans le trauma. Le jeu est une production automatique, répétitive et monotone, sans plaisir. Il s'agit d'une compulsion de répétition, qui ne permet pas d'apaisement de l'angoisse et où l'enfant n'arrive pas à se désengager de l'horreur. L'enfant essaie tant bien que mal de sortir de sa passivité, afin de maîtriser le trauma. Toutefois, les mécanismes de défense sont submergés et l'enfant a besoin d'assistance pour se désengager du trauma et restaurer ses capacités de symbolisation. Le *jeu abréactif* est une évolution par rapport au jeu traumatique et constitue une blessure psychique modérée. La répétition *non compulsive* s'accompagne d'émotions, de pensées, de sensations, toutefois l'enfant arrive à s'en dégager partiellement. Il existe une possibilité de décharge émotionnelle et de restaurer les processus de représentation, de symbolisation ainsi que des mécanismes de défense puisque le jeu, bien que non fait dans le plaisir, permet à l'enfant de se désengager de la fascination des événements ou situations traumatisantes. Enfin, la *reconstitution par le jeu* est un jeu où l'enfant revisite certaines parties du trauma. L'enfant n'est plus dépassé par l'ÉST, et les jeux ne sont pas rigides. Le jeu prend la forme de fixations ou d'obsessions, logiques avec le trauma initial, mais ces jeux sont plus difficiles à repérer.

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).

De notre point de vue, Eliana Gil est actuellement l'auteure qui a nuancé et approfondi le plus la compréhension du construit du jeu post-traumatique après Lenore Terr. Gil (2017) définit le JPT 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 JPT autrement que d'un point de vue négatif. En effet, pour elle, le JPT 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. On retrouve dans ce jeu, notamment les caractéristiques suivantes : l'enfant est connecté à ses émotions et présente une variabilité d'affects; une recherche de contact avec le clinicien est initiée par l'enfant et celui-ci se déploie dans le local avec aisance; les histoires débutent et se terminent différemment (p. ex., présence de nouveaux thèmes et de personnages) et la rigidité observée en début de thérapie se perd avec le temps. L'enfant narre ses histoires et donne sa voix aux personnages. À la maison, bien qu'il soit possible que les symptômes augmentent en début du processus thérapeutique, les problèmes de comportements diminuent.

Tandis que le jeu post-traumatique toxique exige une intervention spécialisée afin d'aider l'enfant à sortir d'une compulsion répétitive et rigide de l'évènement traumatique, qui au lieu de l'apaiser, génère plus d'anxiété et de terreur. On retrouve dans ce JPT notamment les caractéristiques suivantes : un affect plat/restraint chez l'enfant et une difficulté à être connecté avec ses émotions; le jeu de l'enfant est très focalisé et isolé du thérapeute; des signes de tensions sont palpables (p. ex., tension dans le corps et dans la respiration); les histoires et le matériel thématique sont répétitifs, fixes, et débutent et se terminent invariablement de la même manière; le jeu est stagnant et rigide (i.e. : pas ou peu de développement dans le jeu; pas de nouveaux personnages qui sont introduits) et l'enfant ne fait pas la narration de ses histoires. À la maison, les symptômes augmentent et les problèmes de comportements s'aggravent. Gil a également nuancé des variations et des phases au concept du jeu post-traumatique, qui permettent de guider le clinicien dans le traitement des enfants traumatisés (le lecteur intéressé peut se référer à Gil, 2017).

Cohen, Chazan, Lerner et Maimon (2010) ont contribué également à l'élargissement clinique du concept du JPT depuis Terr. Pour eux, le JPT n'est pas juste le signe clinique d'une pathologie, mais d'adaptation-résilience (dans un effort pour maîtriser le trauma). Leurs études ont visé à contribuer au fait que le JPT constitue une tentative adaptée de la part de l'enfant d'utiliser ses propres ressources pour faire face aux événements traumatiques, et aussi un signal d'appel et de détresse signifiant que l'enfant a besoin d'aide. Pour Cohen et al. (2010), de manière très caractéristique, le JPT plus toxique consiste en des thèmes répétitifs qui ne se résorbent pas (pas d'apaisement) et qui augmentent l'agressivité et/ou le retrait. Aussi, les fantasmes sont bien souvent reliés à la revanche ou au sauvetage, s'appuyant sur une symbolisation réduite et une pensée concrète. Leur définition du JPT toxique pourrait se traduire par : « L'enfant persiste à jouer des thèmes spécifiques d'une manière répétitive. L'affect de l'enfant pourrait se décliner en anxiété, désespoir, tristesse. Les thèmes observés sont à caractère agressif, sadique, masochiste, mais peuvent aussi inclure des thèmes de réparation, de sauvetage et de protection. Souvent, le jeu ne trouve pas d'issue. Le jeu ou l'activité de l'enfant peut aussi être : incongru, bizarre, désorganisé, morbide. Et à d'autres moments, il n'y a pas de thèmes significatifs apparents, toutefois le jeu ou l'activité demeurera mécanique, inhibé, comprimé, d'une manière extrême » (Cohen et al., 2010; p. 166). Comme le souligne Dripchack (2007), il est très important de comprendre le JPT 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.

La recherche empirique sur le construit du jeu post-traumatique

L'étude des écrits scientifiques démontre que de tenir compte du jeu post-traumatique est un incontournable tant dans l'évaluation que pour le traitement des jeunes enfants traumatisés (Gil, 2017). Mais malgré une reconnaissance clinique du jeu post-traumatique, il reste encore beaucoup à faire pour valider *empiriquement* ce construit théorique (Cohen et al., 2010). Toutefois, des efforts sont déployés et des grilles d'observation par le jeu libre ont été spécifiquement faites pour valider le concept de JPT chez les enfants traumatisés (Cohen et al., 2010; Findling, Bratton et Henson, 2006; Smith, 2011).

De ces instruments, citons la *Trauma Play Scale* (TPS; Findling et al, 2006; Myers, 2008; Myers, Bratton, Hagen et Findling, 2011) qui est une échelle d'observation directe qui permet de discriminer les enfants traumatisés de leurs pairs non traumatisés (qu'ils soient ou non suivis en clinique). La TPS est une grille d'observation directe élaborée à partir des travaux de Terr (1983, 1990) mais également d'autres experts dans le domaine (Eth, 2001; James, 1989, 1994; Nader et Pynoos, 1991; Schaefer, 1994). Les auteurs ont démontré que la TPS valide le contenu du construit JPT. Ils ont créé 80 items, qu'ils ont soumis à des juges experts, par focus groupe. Cette méthodologie leur a permis de sélectionner cinq dimensions qui selon leur analyse (validité de contenu) représentaient le mieux la conceptualisation du JPT, tel que décrit dans la littérature mais aussi selon le point de vue des experts (accord inter juges). Les items ont ensuite été regroupés en cinq dimensions jugées mutuellement exclusives, soient : 1) *Jeu intense* (le jeu a un caractère intense, compulsif, manquant de joie et de spontanéité; l'enfant paraît extrêmement absorbé, et son jeu semble revêtir un sens spécifique); 2) *Jeu répétitif* (présente un aspect ritualisé; l'enfant répète des comportements, des séquences, des thèmes qui doivent être joués de la même manière); 3) *Jeu avec interruptions* (s'observe lorsque l'émotion semble si intense que l'enfant interrompt son jeu brusquement, dans un apparent état de dissociation); 4) *Jeu évitant* (l'enfant évite ou paraît déconnecté de la présence du thérapeute, qui pourrait s'apparenter au système de protection de l'enfant qui prend place dans les traumas complexes, quand l'enfant se retrouve dans un contexte de relations interpersonnelles qui rappellent par exemple un parent abuseur); 5) *Expression négative des affects* (l'enfant exprime ses affects négatifs tels son anxiété, sa tristesse, sa peur, colère, ou son manque d'affect, etc. La négativité de l'enfant ou son manque d'affect est généralement extrême et profond). Ces cinq dimensions, composent actuellement le construit théorique JPT tel que défini par les auteurs, et ont été validés par trois études (Findling et al, 2006; Myers, 2008; Myers et al., 2011). Globalement, la TPS détient une bonne validité discriminante et peut donc dépister les enfants qui présentent une histoire de traumatisme complexe de ceux suivis en clinique pour d'autres problématiques que le trauma, et ceux non suivis en clinique et sans histoire de traumatisme complexe. Il existe une corrélation élevée entre avoir une histoire de trauma interpersonnel et obtenir un score positif sur la TPS.

Le deuxième outil présenté a été élaboré par Cohen et al. (2010) qui ont voulu examiner le jeu post-traumatique des enfants ayant été exposés à des attaques violentes en raison d'événements traumatiques collectifs (p. ex., guerre), et non ceux victimes de traumatismes relationnels. Leur étude expérimentale vise à examiner les différents aspects du jeu post-traumatique de jeunes enfants victimes d'une attaque terroriste et de faire

des associations avec le phénomène de détresse post-traumatique (ÉSPT) mais aussi de résilience. Des sessions individuelles de jeu ont été menées auprès de 29 enfants israéliens (âge médian = 5,62/ET = 1,34) victimes d'une attaque terroriste, comparés à un groupe contrôle de 25 enfants non exposés directement ou indirectement à une attaque terroriste (âge médian = 5,62/ET = 0,87). Les parents ont aussi été questionnés concernant la perception des symptômes de leur enfant et la sévérité de l'évènement traumatique. Les sessions de jeu ont été codées grâce à un instrument de mesure construit et adapté à partir du *Children's play therapy instrument* (CPTI; Cohen et al., 2010) et appelé le *Children's play therapy instrument-adaptation for terror research* (CPTI-ATR), instrument dont les propriétés psychométriques ont aussi été analysées pendant l'étude. Leur instrument contient plusieurs dimensions ou cibles d'observation qui selon eux représentent le construit du jeu post-traumatique (non exclusif aux caractéristiques de Terr) comme par exemple: 1) Émotions reliées au trauma (peur, anxiété, agression, tristesse, inquiétudes); 2) Thématiques du jeu des enfants, soit de protection (p. ex., sauvetage, soigner, nourrir, etc.), soit morbides (p. ex., attaque, briser des règles, sadisme, vengeance, abus, etc.); 3) Stratégies défensives et de maîtrise déployées par l'enfant durant son jeu; 4) Niveau de jeu de l'enfant (p. ex., jeu isolé, jeu coopératif, etc.).

Les analyses ont démontré: a) des différences significatives dans le JPT des jeunes enfants directement exposés à une attaque terroriste et le JPT d'un groupe d'enfants comparables non directement exposés; b) des associations significatives entre le niveau d'atteinte du JPT et la sévérité des symptômes d'ÉSPT tels que rapportés par les parents. Les auteurs concluent que l'analyse codée du jeu par l'entremise du CPTI-ATR est utile pour identifier un ÉSPT chez les enfants traumatisés ainsi que pour guider l'intervention. De cette étude d'enfants israéliens exposés à la guerre, deux des auteurs (Chazan et Cohen, 2010) ont conduit une étude qualitative (N = 23; âge 4 à 8 ans) selon une perspective narrative, et ont catégorisé trois patrons dans les jeux post-traumatique observés chez les enfants dans leur étude. 1) *Reconstitution avec apaisement*, i.e. : une répétition des aspects ou thèmes de l'évènement traumatique; une expression libre d'une diversité d'émotions; le jeu atteint une fin satisfaisante pour l'enfant, se terminant par un sentiment de maîtrise et de soulagement. 2) *Reconstitution sans apaisement* : répétition des aspects ou thèmes de l'évènement traumatique. Dans ce type de jeux, les émotions sont souvent perturbées, effrayantes et agressives. Le jeu peut aussi être trop rigide et comprimé, mal revisité. Le jeu ne permet pas d'atteindre la satisfaction et l'enfant ne semble pas être en mesure d'apaiser le sentiment de terreur. 3) *Réviviscence* submergeant l'enfant (*Overwhelming reexperiencing*). L'enfant est incapable de formuler une narration à son scénario. Il semble figé, déconnecté, tendu, hyper-vigilant.

Jeu post-traumatique chez les jeunes enfants

L'enfant se retrouve dans un état émotionnel extrême, et le jeu de l'enfant semble intensifier la détresse psychologique, ses efforts pour contrôler la terreur sont voués à l'échec. Dans cette catégorie, il semble y avoir un paradoxe, c.-à-d. qu'il existe un conflit entre le besoin de jouer (reconstituer) et la terreur qu'évoque le jeu.

Dans ces trois catégories décrites, la première est associée à une meilleure adaptation post-traumatique. Cette catégorie représenterait une forme de résilience, et constitue le témoignage des ressources internes déployées par l'enfant pour maîtriser les ÉST. Les deux autres catégories de JPT corrélaient avec une plus grande sévérité de détresse post-traumatique. La troisième catégorie est celle associée au niveau le plus élevé de symptômes post-traumatiques, et pourrait prédire le développement d'un ÉSPT (Chazan et Cohen, 2010).

Synthèse sur le jeu post-traumatique

Ces différentes études empiriques démontrent que le jeu des enfants traumatisés diffère de manière statistiquement significative de celui des enfants non traumatisés, voire suivis en clinique mais non pour une histoire de traumatisme (Myers, 2008; Myers et al. 2011). Le TPS nous apparaît un instrument fort intéressant en raison de son lien avec le traumatisme complexe. De son côté, le CPTI/ATR soulève des propositions cliniques intéressantes. Les auteurs (Chazan et Cohen., 2010; Cohen et al., 2010) ont voulu étudier les aspects adaptatifs du JPT et concluent à l'utilité du JPT à générer/supporter la résilience de l'enfant. Le JPT n'est donc pas vu uniquement comme pathologique, tel qu'initialement décrit par Terr, ce qui va dans le sens des observations cliniques de Gil. Par ailleurs, toutes ces études montrent que le JPT a une valeur clinique et diagnostique au niveau du traumatisme psychologique chez les jeunes enfants.

Les deux outils présentés (TPS et CPTI-ATR) visent à évaluer le même construit mais les deux instruments ne s'élaborent pas autour des mêmes dimensions et chacun s'appuie sur sa description du construit du jeu post-traumatique, et la validité de contenu du construit du jeu post-traumatique se fait en silo. Il nous apparaît important de souligner ici que les enfants dont le JPT était le plus toxique dans les enfants exposés à la violence de la guerre, étaient ceux qui avaient aussi une histoire de trauma autre que la guerre comme par exemple une perte traumatique (p. ex., décès d'un parent pendant l'attaque terroriste). À ce propos, Cohen et al. (2010) émettent l'hypothèse qu'il est suspecté que leur échantillon pourrait représenter les enfants les plus résilients et adaptés sur un continuum d'enfant exposés à la terreur et à la violence. Ce constat va aussi dans ce qui est observé dans la littérature, soit que la présence parentale en tant que barrière protectrice est un déterminant majeur dans l'adaptation post-

traumatique d'un enfant. Et donc les enfants qui tombent dans la catégorie de trauma développemental, pourraient présenter plus de JPT toxique.

CONCLUSION

Les intérêts de recherche de Lenore Terr pour mieux comprendre le monde interne de l'enfant victime d'évènements traumatiques, de même que ses efforts de systématisation du concept de jeu post-traumatique constituent un héritage unique pour les cliniciens travaillant auprès des enfants blessés.

Comme nous le rappelle Romano (2012), l'enfant traumatisé reste celui qui connaît le mieux ce qu'il ressent et ce qu'il vit, ce que nombre de professionnels oublie bien souvent. Ce que pense et ressent un enfant concernant un évènement doit constituer la ligne directrice pour son traitement (Terr, 2013). Les jeux post-traumatiques doivent être mieux compris pour mieux prendre en charge les enfants (Romano, 2012). L'observation du jeu post-traumatique ouvre la porte à un usage thérapeutique (Gil, 2006, 2010, 2017; Terr, 1983, 1990). Reconnaître le JPT, le soutenir/le faciliter, parfois y intervenir permet à l'enfant d'approcher à son rythme le matériel traumatique (Gil, 2017), d'accéder et de transcender ses émotions intériorisées douloureuses et complexes (Terr, 1990, 2013) et grâce à une approche de *résilience assistée* (Gil, 2017; Ionescu, 2004, 2011; Romano, 2012) de confronter ses distorsions cognitives et de passer à un dénouement correctif (Gil, 2017; Terr, 2013).

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. et McConaughy, S. H. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Alistic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F. et Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 31, 736-747. doi:10.1016/j.cpr.2011.03.001
- Alistic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. et Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227
- Américan Psychiatric Association (1994; 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5*. Washington, DC: American psychiatric association.
- Baubet, T., Taïeb, O., Pradère, J. et Moro, M. R. (2004). Traumatismes psychiques dans la première enfance. Sémiologie, diagnostic et traitement. *EMC - Psychiatrie*, 1(1), 15-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emcps.2003.09.001>
- Bouvard, M. (2008), (dir). *Questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent* (2 volumes). Paris, France : Masson.
- Brière, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. et Ernst, V. (2001). The trauma symptom checklist for young children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse et Neglect*, 25, 1001-1014.

Jeu post-traumatique chez les jeunes enfants

- Chazan, S. et Cohen, E. (2010). Adaptive and defensive strategies in posttraumatic play of young children exposed to violent attacks. *Journal of Child Psychotherapy*, 36(2), 133-151. doi: 10.1080/0075417X.2010.495024
- Cohen, E., Chazan, S., Lerner, M. et Maimon, E. (2010). Posttraumatic play in young children exposed to terrorism: An empirical study. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 159-181.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Ford, J. D. et Courtois, C. A. (dir.). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents. Scientific foundations and therapeutic models*. New York, NY : Guilford Press.
- Cox, C., Kenardy, J. et Hendrikz, J. K. (2008). A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 13, 98-110. doi: 10.1111/j.1744-6155.2008.00141.x
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154x
- Dewulf, A.-C., Van Broeck, N. et Philippot, P. (2006). L'état de stress post-traumatique chez l'enfant : question autour de la description diagnostique. *Bulletin de Psychologie*, 59(1), 119-132. doi : 10.3917/bupsy.481.0119
- De Young, A. C., Kenardy, J. A. et Cobham, V. E. (2011). Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 40(3), 375-384. doi: 10.1080/15374416.2011.563474
- Dripchak, V. L. (2007). Posttraumatic play: towards acceptance and resolution. *Clinical Social Work Journal*, 35, 125-134. doi:10.1007/s10615-006-0068-y
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (4^e édition revue et corrigée). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Eth, S. (2001). Introduction: Childhood trauma in perspective. Dans S. Eth (dir.), *PTSD in children and adolescents*. Washington, DC: American psychiatric publishing.
- Ford, J. D. et Courtois, C. A. (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents. Scientific foundations and therapeutic models*. New York, NY: Guilford Press.
- Findling, J. H., Bratton, S. C. et Henson, R. K. (2006). Development of the trauma play scale: An observation-based assessment of the impact of trauma on the play therapy behaviors of young children. *International Journal of Play Therapy*, 15(1), 7-36.
- Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: Do observational findings reflect the natural behavior of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 185-198.
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. New York, NY : The Guilford Press.
- Gil, E. (2010). *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*. New York, NY : The Guilford Press.
- Gil, E. (2017). *Post-traumatic play in children. What clinicians need to know*. New York, NY : The Guilford Press.
- Ionescu, S. (2004). Préface. Dans J. Lecomte (dir.), *Guérir de son enfance*. Paris, France : Odile Jacob.
- Ionescu, S. (2011). Le domaine de la résilience assistée. Dans S. Ionescu (dir.), *Traité de résilience assistée*. Paris, France : PUF.
- James, B. (1994). *Handbook for treatment of attachment-trauma problems in children*. New York, NY : Free Press.
- James, B. (1989). *Treating traumatized children*. New York, NY : Free Press.
- Kahana, S. Y., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A. et Drotar, D. (2006). Posttraumatic stress in youth experiencing illnesses and injuries: An exploratory meta-analysis. *Traumatology*, 12, 148-161. doi: 10.1177/1534765606294562
- Lanktree, C. B. et Briere, J. N. (2017). *Treating complex trauma in children and their families: An integrative approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W. et Dalgleish, T. (2008). The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1326-1337. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081282
- Milot, T., Éthier, L., St-Laurent, D. et Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse et Neglect*, 34, 225-234. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.006
- Milot, T., Collin-Vezina, D. et Milne, L. (2013). Traumatisme complexe. Récupéré de : http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_le_traumatisme_complexe.aspx
- Milot, T., Plamondon, A., Éthier, L. S., Lemelin, J.-P., St-Laurent, D. et Rousseau, M. (2013). Validity of CBCL-Derived PTSD and Dissociation scales : Further evidence in a sample of neglected children and adolescents. *Child Maltreatment*, 18(2), 122-128. doi: 10.1177/1077559513490246
- Myers, C. E. (2008). *Development of the trauma play scale: comparison of children manifesting a history of interpersonal trauma with a normative sample. (Thèse de doctorat inédite)*. Denton, TX : University of North Texas.
- Myers, C. E., Bratton, S. C., Hagen, C. et Findling, J. H. (2011). Development of the trauma play scale: Comparison of children manifesting a history of interpersonal trauma with a normative sample. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 66-78. doi: 10.1037/a0022667
- Nader, K. (2008). *Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context*. New York, NY: Routledge.
- Nader, K. et Pynoos, R. S. (1991). Play and drawing techniques as tools for interviewing traumatized children. Dans C. E. Schaefer, K. Gitlin et A. Sandgrund (dir.), *Play diagnosis and assessment* (p. 375-389). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A. et Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 391-398. doi: 10.1002/jts.20450
- Romano, H. (2010). Traces du trauma dans le « jeux » d'enfants victimes d'évènements traumatiques. *Le journal des psychologues*, 279, 57-61.
- Romano, H. (2012). *L'enfant et les jeux dangereux. Jeux post-traumatiques et jeux dangereux*. Paris, France : Dunod.
- Romano, H. (2013). *L'enfant face aux traumatismes*. Paris, France: Dunod.
- Rowella, C. W., Kuijpers, M., Otten, R., Krol, N., Vermulst, A. et Engels, R. (2013). The reliability and validity of the dominic interactive: A computerized child report instrument for mental health problems. *Child Youth Care Forum*, 42, 35-52. doi:10.1007/s10566-012-9185-7
- Schaefer, C. E. (1994). Play therapy for psychic trauma in children. Dans K. O'Connor et C. E. Schaefer (dir.), *Handbook of play therapy: Advances and innovations* (vol. 2, p. 297-318). New York, NY: John Wiley.
- Scheeringa, M. S. (2008). Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in preschool and school-age children. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1237-1239. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08070974
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putman, F. W. et Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 359-367. doi: 10.1002/jts.21723
- Schebly, J. et Félix, E. D. (2005). Posttraumatic play: The need for an integrated model of directive and non directive approaches. Dans L. A. Reddy, T. M. Files-Hall et C. E. Schaefer (Eds), *Empirically play based interventions for children* (pp. 79-103). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schore, A. N. (2013). Relational trauma, brain development and dissociation. Dans J. D. Ford et C. A. Courtois (dir.), *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents. Scientific foundations and therapeutic models* (p. 3-23). New York, NY: Guilford Press.

Jeu post-traumatique chez les jeunes enfants

- Smith, E. (2011). *The play behaviors of young children exposed to a traumatic event*. (Thèse de doctorat inédite). Columbia University.
- Terr, L. C. (1979). Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 547-623.
- Terr, L. C. (1981). Forbidden games. Post-traumatic play. *American Academy of Child Psychiatry*, 20, 741-760.
- Terr, L. C. (1983). Play therapy and psychic trauma: A preliminary report. Dans C. E. Schaefer et K. J. O'Connor (dir.), *Handbook of play therapy* (p. 308-319). New York, NY: Wiley.
- Terr, L. C. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York, NY: Harper and Row.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-19.
- Terr, L. C. (2013). Treating childhood trauma. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22, 51-66. doi: 10.1016/j.chc.2012.08.003
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L. et Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122-138. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Van der Kolk, B. et Najavits, L. M. (2013). Interview: What is PTSD really? Surprises, twists of history, and the politics of diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 69(5), 516-522. doi: 10.1002/jclp.21992
- van Wesel, F., Boeije, H., Alistic, E. et Drost, S. (2012). I'll be working my wayback: a qualitative synthesis on the trauma experience of children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 516-526. doi: 10.1037/a0025766

RÉSUMÉ

Cet article a pour objet la mise en lumière d'un cadre conceptuel encore trop méconnu pour aider le clinicien à repérer les jeunes enfants victimes de traumatismes psychologiques: le jeu post-traumatique. D'autres cadres théoriques (p. ex., le trauma complexe, un État de stress post-traumatique) peuvent permettre par observation indirecte, d'identifier les perturbations comportementales et développementales des enfants victimes de traumatisme. Mais, c'est l'observation directe, soit l'expression du trauma dans le jeu, qui permet de comprendre l'expérience subjective du jeune enfant victime d'évènements et situations traumatiques. Il a, en effet, été démontré que les enfants traumatisés jouent différemment de leurs pairs non traumatisés. Le jeu post-traumatique est le langage codé de l'enfant, une manière adaptée à son stade développemental de communiquer et possiblement de demander de l'assistance. Cet article propose de documenter ces signes cliniques répertoriés dans les écrits scientifiques.

MOTS CLÉS

trauma complexe, jeu post-traumatique, jeunes enfants

ABSTRACT

The present article seeks to shed light on a certain conceptual framework that is not yet recognized enough and that aims to help clinicians detect those children who are victims of psychological trauma: the framework is that of observing them in posttraumatic play. Other theoretical constructs (complex trauma, PTSD) are already available to identify posttraumatic symptoms or their after effects. However, it is by direct observation of the child at play that we can truly understand the child's subjective experience of what may have been exposure to potentially traumatic events. It has in fact been determined that children who have

experienced trauma play differently than their peers who have not. Posttraumatic play is a kind of 'code' used by the child, a way to communicate and possibly ask for assistance that is well adapted to his/her developmental level. This article proposes to document these clinical signs from the scientific literature.

KEY WORDS

complex trauma, young children, posttraumatic play
