ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

La résilience suite à un traumatisme chez les jeunes enfants

Erin T. Reuther, Ph.D., Joy D. Osofsky, Ph.D.

Louisiana State University Health Sciences Center – New Orleans, Departments of Psychiatry and Pediatrics, États-Unis

Octobre 2013

Introduction

Le construit de résilience apparaît dans la littérature en psychologie depuis plusieurs décennies, mais il n'est appliqué aux enfants de moins de 5 ans que depuis peu. L'une des conceptualisations les plus utiles de ce construit a été proposée par Masten,[1] qui a décrit la résilience comme de la « magie ordinaire », signifiant ainsi qu'elle ne requière rien de rare ou de spécial. Les enfants, les adultes et même les jeunes enfants qui sont capables de « rebondir » après l'adversité disposeraient plutôt de plus de ressources en eux-mêmes, dans leur famille et dans leur communauté que ceux qui en sont incapables. D'autres experts ont parlé de « résilience avec impact minimal » pour désigner un fonctionnement individuel peu ou pas du tout perturbé suite à un événement traumatique grave.[2] Chez le jeune enfant, les facteurs de protection qui permettent un retour rapide au niveau d'adaptation précédant l'événement incluent notamment le bon fonctionnement des systèmes d'adaptation clés qui protègent normalement le développement. Bien que la plupart des enfants fassent preuve de résilience et

©2013-2026 ABILIO | RÉSILIENCE

aient la capacité de se rétablir relativement vite après un événement traumatique important, les traumatismes continus et les expériences traumatiques cumulatives peuvent dépasser leur capacité de rétablissement.

Sujet

On s'est intéressé à la résilience chez les jeunes enfants suite à des événements traumatiques comme l'exposition à la violence communautaire, la violence domestique, le décès d'un parent, les perturbations répétées comme les déménagements fréquents ou les changements de tuteurs, l'entrée dans le système de protection de l'enfance, l'exposition à la guerre et à la violence militaire, les catastrophes naturelles comme les ouragans, les tremblements de terre et les tsunamis, ainsi que les catastrophes technologiques comme les déversements de pétrole et les retombées nucléaires. Pour tous ces types de traumatismes, les réactions des jeunes enfants diffèrent selon les circonstances entourant l'expérience traumatique, la disponibilité physique et affective des parents ou tuteurs et des facteurs développementaux qui incluent notamment l'âge des enfants.

Il est de plus en plus reconnu que l'exposition aux traumatismes et à la négligence a un impact néfaste sur le développement du cerveau pendant la petite enfance.[3-6] Ainsi, une intervention offerte dès la petite enfance, peu après le traumatisme, peut avoir des effets durables pour tout le reste de la vie de l'enfant. On a montré que les enfants qui ont été traumatisés et/ou négligés présentent ultérieurement des ramifications dendritiques plus limitées et un élagage des neurones moins efficace que leurs pairs de même âge qui n'ont pas subi de traumatisme.[4] Soutenir la résilience chez les jeunes enfants exposés à un traumatisme et favoriser leur rétablissement grâce à des interventions sensibles pourraient possiblement permettre à leur développement cérébral de se poursuivre normalement.

Problèmes

Des problèmes variés se posent dans l'étude de la résilience chez les jeunes enfants. D'abord, plusieurs croient que ces derniers ne sont pas touchés par les traumatismes parce qu'ils sont trop jeunes pour être conscients de ce qui se passe et n'ont pas la capacité cognitive pour le comprendre. Des améliorations ont été apportées au DSM-5, par rapport à la version précédente, quant à l'identification des réactions traumatiques chez les jeunes enfants. En effet, le DSM-5 inclut des critères spécifiques aux enfants de moins de six ans pour le trouble de stress post-

©2013-2026 ABILIO | RÉSILIENCE

traumatique, reconnaissant ainsi que l'expérience du traumatisme et la réaction suivant celui-ci peuvent ne pas être les mêmes chez les jeunes enfants que chez les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes. Les auteurs du DSM-5 notent aussi que le fait que la prévalence du TSPT soit plus faible chez les jeunes enfants que chez les adultes pourrait être expliqué par un manque de sensibilité des critères du DSM-IV envers les expériences des jeunes enfants. Dans le DSM-5, des critères comme un comportement irritable, la reconstitution du traumatisme par le jeu et une capacité limitée des jeunes enfants à expliquer leurs émotions et réactions ont été inclus pour mieux cerner le diagnostic de TSPT chez les jeunes enfants. Le groupe de travail du « ZÉRO TO THREE Diagnostic Classification 0-3R », entre autres, a noté que la définition du traumatisme dans le DSM-IV ne tenait pas compte des situations qui peuvent être perçues comme traumatiques par les jeunes enfants, comme des déménagements répétés, l'instabilité dans l'environnement familial et la perte d'un parent ou tuteur primaire. Maintenant que le nouveau DSM-5 est utilisé, il sera important pour les cliniciens de procéder à une évaluation minutieuse de leurs jeunes patients suite à une situation traumatique pour déterminer s'ils ont une réaction post-traumatique. Les réactions désorganisées ou agitées des jeunes enfants pourraient tout de même rester plus souvent négligées que celles des enfants plus âgés ou continuer à passer inaperçues jusqu'à ce que les enfants présentent des problèmes de comportement ou d'opposition lors de confrontations ultérieures avec des rappels de l'événement.[9-10]

Des questions similaires sont soulevées par la définition de la résilience en bas âge. La recherche visant à comprendre la résilience chez les jeunes enfants est née principalement d'extensions d'études effectuées auprès d'enfants plus âgés.[2,11-12] Les jeunes enfants sont doués pour la résilience, mais plus d'informations seront requises quant à leurs trajectoires d'évolution possibles lorsque leur réaction suite à un traumatisme est normale, traumatique ou résiliente.[13]

Contexte de la recherche

Bien que des auteurs aient écrit sur la résilience des jeunes enfants et leurs réactions aux traumatismes,[13-14] il n'existe que peu d'études empiriques sur les profils de résilience.[15-16] Les publications non-empiriques sont typiquement basées sur des études de cas et des observations[17] ou des extensions d'études menées auprès d'enfants plus âgés.[1,18] Les études empiriques proviennent typiquement d'extensions d'études effectuées auprès d'enfants plus âgés, mais les définitions opérationnelles et les mesures de la résilience qui y sont utilisées sont variables et inconsistantes.[19-21]

Questions clés de la recherche

Les questions de recherche et domaines d'étude en lien avec la résilience suivant l'exposition à un traumatisme chez les jeunes enfants incluent :

- La définition du traumatisme et de la résilience chez les jeunes enfants
- L'identification des facteurs de protection qui favorisent la résilience chez les jeunes enfants
- La description des trajectoires de réactions normales, traumatiques et résilientes suite à un événement traumatique chez les jeunes enfants
- La façon dont les profils de résilience diffèrent selon l'âge et le stade développemental
- La mesure de la résilience chez les jeunes enfants
- Les meilleures pratiques pour favoriser la résilience chez les jeunes enfants suite à un événement traumatique

Résultats récents de la recherche

La recherche récente dans le domaine de la résilience chez les jeunes enfants a été axée sur les questions posées plus haut. Sapienza et Masten[12] décrivent quatre vagues de recherche dans ce domaine, qui peuvent aussi être appliquées aux jeunes enfants. La première vague a décrit des profils de résilience chez les enfants. La seconde a cherché à comprendre pourquoi certains enfants présentent des profils de résilience alors que d'autres sont affectés défavorablement par les traumatismes. La troisième a cherché comment favoriser la résilience par des interventions et des traitements. Finalement, la quatrième vague de recherche tente d'amener des changements à l'échelle systémique pour favoriser la résilience. Howell et coll. ont récemment étudié les différences dans la compétence sociale (un indice de résilience) d'enfants d'âge préscolaire exposés à la violence conjugale à domicile, selon des scores attribués par leur mère et leur thérapeute.[22] Les auteurs ont mesuré la résilience des enfants en utilisant les versions de l'Échelle de compétence sociale (ou Social Competence Scale, SRS) destinées aux parents et aux enseignants.[23] Les résultats montrent que les mères et les thérapeutes attribuaient des scores similaires aux enfants sur le plan des habiletés prosociales, mais que les mères attribuaient systématiquement des scores moins élevés que les thérapeutes en matière de régulation émotionnelle.[22] Cette étude souligne donc l'importance de rechercher des évaluations de la

résilience auprès de multiples sources et met en lumière le besoin de questionnaires et de mesures normalisées spécifiques à la résilience.

Plusieurs études empiriques sur la résilience chez les jeunes enfants déduisent la résilience par l'absence des symptômes qu'on retrouve sur les échelles de stress post-traumatique ainsi que par une meilleure adaptation suite à des événements traumatiques. Feldman et Vengrober ont examiné les symptômes de stress post-traumatique chez des enfants âgés de 1.5 à 5 ans vivant près de la bande de Gaza et exposés à des traumatismes en lien avec la guerre.[24] Les enfants et leurs mères ont passé une entrevue qui a été filmée pour un codage ultérieur. Le codage des vidéos, effectué selon un système normalisé et validé, portait sur la sensibilité maternelle, le comportement de l'enfant envers sa base de sécurité maternelle et les comportements d'évitement de l'enfant. L'exposition des enfants aux événements et leurs symptômes post-traumatiques ont été évalués et notés par leur mère; cependant, les échelles utilisées à ces fins n'avaient pas été normalisées ni validées étant donné le manque de recherches antérieures dans cette population. Un trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été diagnostiqué chez 38 % des enfants étudiés. Les enfants qui ont été décrits comme résilients étaient ceux qui avaient été exposés à un traumatisme, mais ne répondaient pas à tous les critères de TSPT. On a montré que les mères des enfants résilients présentaient elles-mêmes moins de symptômes de TSPT, de dépression et d'anxiété. Ces mères considéraient aussi qu'elles avaient un meilleur soutien social. Le codage a révélé que les mères des enfants résilients étaient plus sensibles envers leur enfant pendant l'entrevue et que les enfants résilients recherchaient activement le support de leur mère et manifestaient moins d'évitement pendant l'entrevue que les enfants victimes de TSPT. En somme, cette étude décrit un profil de résilience cohérent avec celui qu'on retrouve dans la littérature depuis un certain temps : les enfants résilients ont souvent des parents ou tuteurs eux-mêmes résilients, qui ont moins de symptômes de troubles psychologiques et un fort soutien social. Les parents d'enfants résilients sont aussi physiquement et émotionnellement disponibles pour leurs enfants et réagissent avec sensibilité lorsque ceux-ci sont en détresse.

Une grande partie de la littérature existante sur la résilience chez les jeunes enfants est née du traitement des traumatismes infantiles et des descriptions des meilleures pratiques pour favoriser la résilience chez les jeunes enfants exposés à un traumatisme.[13,17,20,25-26] Le traitement des jeunes enfants est typiquement basé sur la théorie de l'attachement. Zeanah et coll. ont passé en revue les thérapies basées sur cette théorie[25] et ont trouvé que la grande majorité d'entre elles impliquent à la fois le parent et l'enfant dans le traitement. Plusieurs essais

cliniques aléatoires ont démontré que la Psychothérapie Parent-Enfant ou PPE (Child-Parent Psychotherapy ou CPP)[10] est efficace pour favoriser le rétablissement des enfants qui ont été exposés à un traumatisme.[27-29] La PPE implique une thérapie par le jeu réunissant le parent et l'enfant dans la même pièce ainsi que des techniques personnalisées à chaque dyade afin de favoriser la résilience et le rétablissement, en conformité avec les objectifs suivants : 1) Encourager le retour au développement normal, 2) Favoriser la capacité à réagir adéquatement aux menaces, 3) Rétablir des niveaux réguliers d'activité émotionnelle, 4) Rétablir la confiance envers les sensations corporelles, 5) Restaurer la réciprocité dans les relations intimes, 6) Normaliser les réactions traumatiques, 7) Différencier la reviviscence et le rappel du traumatisme et 8) Mettre en perspective l'expérience traumatique.[9]

Lacunes de la recherche

Alors que la recherche sur les réactions aux traumatismes chez les jeunes enfants est bien établie, les études axées spécifiquement sur la résilience en sont encore à leurs balbutiements. Elles sont peu nombreuses et il n'existe pas de revue complète de la littérature sur le sujet, qui permettrait de proposer des interventions et d'établir des lignes directrices sur la manière de favoriser la résilience. De plus, il n'existe pas de mesures normalisées de la résilience pour les jeunes enfants comme on en trouve pour les enfants plus âgés et les adultes, ce qui complique la recherche empirique. Finalement, il faudra étudier empiriquement les différences individuelles qui peuvent affecter la résilience chez les jeunes enfants, comme le tempérament et le niveau de fonctionnement atteint avant l'événement traumatique. Il est important d'examiner ces facteurs puisqu'on a montré qu'ils prédisent significativement la résilience et le développement du stress post-traumatique chez les adultes et les enfants plus âgés.[2,30-31]

Conclusions

Les facteurs qui favorisent la résilience suite à un traumatisme sont multiples et peuvent être individuels, situationnels ou propres au parent ou tuteur de l'enfant. Les variables propres au parent ou tuteur incluent un fonctionnement psychologique sain, une disponibilité affective et physique et une sensibilité aux besoins affectifs de l'enfant.[18,24,32-33] Les variables situationnelles incluent l'établissement d'un environnement sécuritaire suite au traumatisme, le retour aux routines normales et l'encouragement à remettre l'expérience traumatique dans un contexte plus général où le monde est un endroit sécuritaire.[18,34] Il reste encore à examiner empiriquement le rôle des variables individuelles comme facteurs de risque ou de protection dans la résilience des

jeunes enfants suite à un traumatisme. Ce domaine est potentiellement important étant donné les résultats de recherche obtenus auprès d'enfants plus âgés, selon lesquels la présence de symptômes d'anxiété avant le traumatisme est un facteur de risque pour le développement ultérieur d'un TSPT[30,34] et les forces individuelles sont des facteurs de protection contre le développement de ce trouble.[19] Finalement, on a montré que les psychothérapies basées sur la théorie de l'attachement, parmi lesquelles la PPE est celle qui s'appuie sur les données empiriques les plus solides, aident à favoriser le rétablissement et la résilience chez les jeunes enfants suite à un traumatisme.[10,27-29]

Implications pour les parents/tuteurs, les services et les politiques

La littérature actuelle sur la résilience a des implications sur les pratiques à adopter suite à l'exposition à des événements traumatiques pendant la petite enfance. Les meilleures données disponibles montrent que les caractéristiques parentales, particulièrement le soutien et la disponibilité émotionnelle des parents, sont capitales pour aider les jeunes enfants après un événement traumatique. Suite à un tel événement, les parents devraient être encouragés à prendre soin d'eux-mêmes et à veiller à leur propre bien-être psychologique, puisque leur résilience psychologique et le fait qu'ils puissent eux-mêmes compter sur un fort réseau de soutien sont des facteurs de protection pour les jeunes enfants. Les parents devraient aussi tenter de favoriser un sentiment de retour à la normale et rétablir une routine dès que possible, bien qu'il puisse être nécessaire de redéfinir la normalité après certaines catastrophes ou traumatismes si le retour aux habitudes antérieures est impossible.[35] Les parents devraient aussi s'assurer qu'ils offrent non seulement une disponibilité physique, mais aussi une disponibilité affective à leur enfant et qu'ils font preuve de sensibilité devant les réactions émotionnelles de celui-ci. S'ils sont capables de le faire en lui apportant leur soutien, les parents devraient écouter leur enfant, discuter avec lui de l'événement traumatique d'une manière adaptée à son âge, s'il le souhaite, et lui permettre de poser des questions. Cette approche donne aux parents l'opportunité de rétablir un sentiment de sécurité chez leur enfant et de le rassurer. Si les parents se sentent incapables de remplir ces tâches eux-mêmes et d'offrir à leur enfant le soutien dont il a besoin, ils devraient aller chercher de l'aide professionnelle auprès d'un intervenant formé sur la question des traumatismes. Un tel intervenant peut aider à soutenir le parent et l'enfant et, si nécessaire, offrir un traitement thérapeutique approprié.

Les services pour les enfants et les politiques qui concernent les enfants exposés à un traumatisme devraient également promouvoir les buts décrits plus haut dans la mesure du

possible. Il faut encourager les enfants traumatisés à rester avec leur parent ou tuteur principal ou à retourner auprès de lui dès que possible lorsqu'il est sécuritaire de le faire. L'environnement des enfants devrait favoriser un sentiment de retour à la normale et la reprise des habitudes et routines régulières. Comme les parents ou tuteurs principaux peuvent être incapables de se montrer disponibles affectivement en raison de leur propre stress ou traumatisme psychique suite à l'expérience traumatique, les politiques doivent reconnaître le besoin d'interventions pour chaque individu affecté, mais aussi pour la dyade que forment le parent et l'enfant réunis, les interventions dyadiques permettant aussi de soutenir la relation entre le parent et l'enfant.

Références

1. Masten AS. Ordinary magic.*Am Psychol.* 2001; 56(3): 227-238.
2. Bonanno GA and Diminich, E.D. Annual research review: Positive adjustment to adversity – trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 54(4): 378-401. Am Psychol. 2004; 59(1): 20-28.
3. Carrion VG, Weems CF, Bradley T. Natural disasters and the neurodevelopmental response to trauma in childhood: A brief overview and call to action. *Future Neurology*. 2010; 5: 667-674.
4. Glaser D. Effects of child maltreatment on the developing brain. In: Garralda ME, Raynaud JP, eds. Brain, Mind, and *Developmental Psychopathology in Childhood*. Lanham, MD: Jason Aronson; 2012:199-218.
5. Gunnar M, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:145-173.
6. Pollak SD, Cicchetti D, Klorman R, Brumaghim JT. Cognitive brain event-related potentials and emotion processing in maltreated children. *Child Dev*. 1997;68(5): 773-787.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. text revision. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
8. Zero to Three. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3R)*. Revised ed. Washington, DC: Zero to Three Press; 2005.
9. Lieberman AF, Van Horn P. *Don't Hit My Mommy!: A Manual for Child-Parent Psychotherapy with Young Witnesses of Family Violence*. Washington DC: Zero to Three Press; 2005.
10. Lieberman AF, Van Horn P. *Psychotherapy with infants and young children*. New York: Guilford Publishers; 2008.
11. Vernberg EM, La Greca AM, Silverman WK, Prinstein MJ. Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane andrew. *J Abnorm Psychol*. 1996;105(2): 237-248.
12. Sapienza JK, Masten AS. Understanding and promoting resilience in children and youth. *Curr Opin Psychiatry*. 2011;24:267-273.
13. Osofsky JD, ed. Clinical Work with Traumatized Young Children. New York, NY: The Guilford Press; 2011.
14. Osofsky JD, Lieberman AF. A call for integrating a mental health perspective into systems of care for abused and neglected infants and young children. *Am Psychol*. 2011;66(2):120-128.
15. Kithakye M, Morris AS, Terranova AM & Myers SS. The Kenyan political conflict and children's adjustment. *Child Dev*. 2010;81:1114-1128.

©2013-2026 ABILIO | RÉSILIENCE

16. Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol*. 2007;19:921-930.

17. Appleyard K, Osofsky JD. Parenting after trauma: supporting parents and caregivers in the treatment of children impacted by violence. *Infant Mental Health Journal*. 2003; 24(2):111-125.

18. Masten AS, Osofsky JD. Disasters and their impact on child development: introduction to the special section. *Child Dev*. 2010;81:1029- 1039.

19. Griffin G, Martinovich Z, Gawron T, Lyons JS. Strengths moderate the impact of trauma on risk behaviors in child welfare. Residential Treatment for Children & Youth. 2009;26:105-118.

20. Sossin KM, Cohen P. Children's play in the wake of loss and trauma. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2011;10:255-272.

21. Vaage AB, Thomsen PH, Rousseau C, Wentzel-Larsen T, Ta TV, Hauff E. Parental predictors of the mental health of children of Vietnamese refugees. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2011;5:2.

22. Howell KH, Miller LA, Grahan-Bermann SA. Inconsistencies in mothers' and group therapists' evaluations of resilience in preschool children who live in households with intimate partner violence. *Journal of Family Violence*. 2012;27:489-497.

23. Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG). Psychometric properties of the social competence scale- teacher and parent ratings. Fast Track Project Technical Report. 2002.

24. Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(7):645-658.

25. Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW. Practitioner review: clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(8):819-833.

26. Osofsky JD, Cohen G, Drell M. The effects of trauma on young children: a case of 2-year-old twins. *Int J Psychoanal*. 1995;76:595-607.

27. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventative interventions. *Dev Psychopathol*. 2006;18:623-649.

28. Lieberman AF, Ghosh Ippen C, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6 month follow-up of a randomized control trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:913-918.

29. Toth SL, Maughan A, Manly JT, Spagnola M, Cicchetti D. The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory. *Dev Psychopathol*. 2002;14:877-908.

30. La Greca AM, Silverman WK, Wasserstein SB. Children's predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following hurricane andrew. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(6):883-892.

31. Masten AS, Narayan AJ. Child development in the context of disaster, war, and terrorism: pathways of risk and resilience. *Annu Rev Psychol*. 2012; 63: 227-257.

32. Masten AS, Gewirtz AH., Sapienza, JK. Resilience in development: The importance of early childhood. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011:1-7. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf. Accessed March 8, 2011.

33. Narayan AJ, Masten AS. Children and adolescents in disaster, war, and terrorism: pathways to psychopathology and resilience. In: Widom C, ed. *Trauma, psychopathology, and violence*. New York: Oxford University Press; 2012: 131-158.

34. La Greca AM, Silverman WK, Lai B, Jaccard J. Hurricane-related exposure experiences and stressors, other life events, and social support: concurrent and prospective impact on children's persistent posttraumatic stress symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(6):794-805.

©2013-2026 ABILIO | RÉSILIENCE

35. Osofsky JD, Osofsky HJ, Harris WW. Katrina's children: social policy considerations for children in disasters. *Social Policy Reports, Society for Research in Child Development*. 2007;21(1):1-20.

©2013-2026 ABILIO | RÉSILIENCE