



TIP for Kids

Trauma-informed Practice for
Teachers, Youth Workers and Parents

<https://tip4kids.eu>

Guide de l'utilisateur

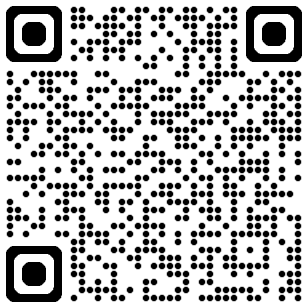


Photo : [Conçu par Freepik](#)



Co-funded by
the European Union

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et opinions exprimés sont toutefois ceux des auteurs uniquement et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou d'EPOS vzw. Ni l'Union

européenne ni EPOS vzw ne peuvent en être tenus responsables.

Déclaration relative aux droits d'auteur



Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Vous êtes libre de :

- **partager** — copier et redistribuer le matériel sur tout support ou format
- **adapter** — remixer, transformer et développer le matériel

sous réserve des conditions suivantes :

- **Attribution** — Vous devez mentionner le nom de l'auteur, fournir un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été apportées. Vous pouvez le faire de manière raisonnable, mais sans suggérer que le concédant de licence vous soutient ou approuve votre utilisation.
- **Non commercial** — Vous ne pouvez pas utiliser le matériel à des fins commerciales.

- **Partage dans les mêmes conditions** — Si vous remixez, transformez ou développez le contenu, vous devez distribuer vos contributions sous la même licence que l'original.

CONSORTIUM DU PROJET

Le consortium du projet est composé d'une équipe multidisciplinaire qui comprend des organismes de recherche juridique, sociale et médicale, des spécialistes de l'apprentissage et de l'éducation aux médias, ainsi que des experts en communication TIC.

Partenaires



connexions
ICT for Education and Social Impact



Ces lignes directrices ont été rédigées avec la contribution de :

Victoria Wozniak-Cole, Mina Rauschenbach, Stephan Parmentier & Laura Hein, Leuven Institute of Criminology, Faculty of Law and Criminology, KU Leuven (Belgium)

Marina Letica Crepulja, Faculty of Medicine, University of Rijeka, UNIRI (Croatia)

Sonja Bercko Eisenreich, GEA, Institute for Psychosocial Counselling and Social Innovation (Slovenia)

Wolfgang Eisenreich, WIN, Wissenschaftsinitiative Niederösterreich (Science Initiative Lower Austria)

Wolfgang Eisenreich, Vilna Ukrayina (Austria)

Alenka Valjašková, Qualification and Education, Qualed (Slovakia)

Annika Drandaki & Joanna Chardaloupa, The Smile of the Child (Greece)

Table des matières

Introduction	1
Thème central et objectifs	1
Projet TIP for KIDS : groupes cibles et objectifs	2
Résultats du projet	2
Chapitre 1 : Informations générales	4
1.1 Définition du terme « enfants »	7
1.2 Contexte juridique des droits des enfants	9
Chapitre 2 : Traumatismes et symptômes de stress post-traumatique (SSPT) chez les enfants	11
2.1 Qu'est-ce qu'un traumatisme infantile ?	11
2.2 Quels sont les symptômes immédiats du stress post-traumatique chez les enfants de différents groupes d'âge ?	12
2.3 Quels sont les symptômes de stress post-traumatique à long terme chez les enfants de différents groupes d'âge ?	14
2.4 Autres problèmes de santé mentale liés à l'exposition à un traumatisme chez les enfants	16
2.5 Considérations culturelles dans l'identification des traumatismes chez les enfants	17
Chapitre 3 : Mise en œuvre de pratiques tenant compte des traumatismes pour les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents	18
3.1 Que signifie la pratique tenant compte des traumatismes (TIP) pour les enfants ?	18
3.2 Principes clés d'une approche tenant compte des traumatismes	19
3.3 Types de systèmes de soutien social pour les enfants	19
3.4 L'importance d'un réseau de services de soutien pour les enfants	21
Chapitre 4 : Importance de la communication	23
4.1 Stratégies de communication à l'école maternelle (3 à 5 ans)	24
4.2 Stratégies de communication chez les enfants d'âge scolaire (6 à 8 ans)	24
4.3 Stratégies de communication chez les enfants d'âge moyen (9 à 11 ans)	25
4.4 Stratégies de communication chez les adolescents (12 à 18 ans)	25
Chapitre 5 : Acquisition de compétences relationnelles et gestion des conflits	27

5.1	Les conflits font partie intégrante de notre vie	27
5.2	Facteurs déclencheurs liés au conflit	27
5.3	Résolution des conflits et stratégies de communication en situation de conflit	29
5.4	Stratégies de gestion des conflits.....	31
Chapitre 6 : Principes de réduction du stress dans le cadre du service		32
6.1	Comment agir en cas de crise psychologique avec des enfants	32
6.2	Technique de contrôle de la respiration (respiration diaphragmatique ou abdominale) avec les enfants.....	34
6.3	Pleine conscience : se concentrer sur le moment présent avec les enfants	35
6.4	Favoriser la concentration : stratégies simples avec les enfants	36
6.5	Stratégies créatives	36
6.6	Une fois la crise passée avec les enfants	37
6.7	Points clés	38
Chapitre 7 : Améliorer la conscience de soi et la perception de soi chez les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents		39
7.1	Les bases de la conscience de soi.....	39
7.2	Cultiver la conscience de soi.....	40
7.3	L'importance de la conscience de soi dans la gestion des traumatismes	40
7.4	Relation entre la conscience de soi et la résilience	41
7.5	Perception de soi et traumatisme.....	41
7.6	Soins de base pour les pratiques tenant compte des traumatismes chez les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents	42
Conclusion		44
Le besoin permanent de sensibilisation aux traumatismes.....		44
Encouragement à bâtir des communautés résilientes et sensibilisées aux traumatismes ...		44
Références		47

Introduction

Thème central et objectifs

Le nombre de personnes souffrant de symptômes de stress post-traumatique (ci-après dénommés « PTSS ») en Europe devrait augmenter dans les années à venir. Diverses recherches montrent que les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents sont particulièrement confrontés à des enfants souffrant de PTSS (Johnson, 1998). Ces groupes cibles peuvent avoir peu ou pas de formation médicale ou psychologique sur la manière de s'occuper d'enfants souffrant de PTSS. Par conséquent, ils peuvent ne pas être suffisamment équipés pour s'occuper d'enfants atteints de PTSS. Une « approche tenant compte des traumatismes » reconnaît la présence de symptômes traumatiques et le rôle que le traumatisme a joué dans la vie d'un individu. Elle nécessite un changement de paradigme, passant de la question « Qu'est-ce qui ne va pas chez toi ? » à « Que t'est-il arrivé ? ». La mise en œuvre de pratiques tenant compte des traumatismes aide les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents à reconnaître, comprendre et réagir de manière appropriée aux effets des traumatismes.

Le projet « Trauma-Informed Practice for Teachers, Youth Workers and Parents » (TIP for KIDS) a reçu un financement de deux ans (2024-2026) dans le cadre du programme Erasmus+ de l'Union européenne et poursuit un double objectif : (1) sensibiliser à l'apparition du PTSS chez les enfants, (2) doter les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents des compétences nécessaires pour identifier le PTSS chez les enfants et les aider.

Le projet TIPS for KIDS s'appuie sur deux projets Erasmus+ couronnés de succès : « Intégration post-traumatique – Soutien psychosocial et intervention de base pour les réfugiés » (2017-2019)¹ et « Pratiques tenant compte des traumatismes pour les travailleurs des services publics » (2021-2023)². Ces projets ont suscité un vif intérêt et ont tous deux été distingués comme « projets de bonnes pratiques » par l'agence nationale belge. L'objectif du premier projet était de sensibiliser à l'apparition de problèmes post-traumatiques (y compris le PTSS) chez les réfugiés et les demandeurs d'asile, à leurs symptômes et aux possibilités d'interventions précoces de faible intensité en matière de santé mentale. Il s'agissait de soutenir le développement professionnel continu des travailleurs de première ligne, principalement des professionnels du secteur social, juridique et éducatif (tels que les enseignants, les formateurs, les mentors, etc.), d'autant plus qu'ils doivent faire face à un

¹ Pour plus d'informations sur ce projet : <https://posttraumatic-integration.eu/>

² Pour plus d'informations sur ce projet : <https://trauma-informed-practice.eu/>

nombre croissant de réfugiés/demandeurs d'asile présentant diverses difficultés psychologiques, émotionnelles et comportementales. Dans le deuxième projet, les groupes cibles étaient tous les professionnels (c'est-à-dire les employés) fournissant des services dans le secteur public (et également privé) qui peuvent être en contact avec des adultes (c'est-à-dire des utilisateurs de l' certains secteurs publics) atteints de PTSS et qui n'ont que peu ou pas de formation médicale ou psychiatrique. L'objectif était de fournir des informations utiles, du matériel de sensibilisation et des exercices pour former les professionnels du secteur public (et privé) aux pratiques tenant compte des traumatismes afin qu'ils puissent apporter leur soutien. Au cours des activités de diffusion des projets, plusieurs partenaires et bénéficiaires ont demandé si le projet pouvait être étendu, afin de servir de soutien aux enseignants, aux animateurs socio-éducatifs et aux parents qui peuvent être en contact avec des enfants souffrant de symptômes de stress post-traumatique, mais qui n'ont pas de formation professionnelle.

Projet TIP for KIDS : groupes cibles et objectifs

Pour ce projet TIP for KIDS, **les groupes cibles** sont les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents qui peuvent être en contact avec des enfants souffrant de PTSS et qui n'ont que peu ou pas de formation médicale ou psychiatrique. **L'objectif** est de fournir des informations utiles, du matériel de sensibilisation et des exercices pour former les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents aux pratiques tenant compte des traumatismes, afin qu'ils puissent apporter leur soutien. Tous doivent être conscients qu'ils peuvent être amenés à côtoyer des enfants traumatisés et qu'ils auront probablement besoin d'informations supplémentaires pour pouvoir les aider. Même si les supports produits dans le cadre de ce projet peuvent potentiellement être utilisés par tout le monde, les partenaires du consortium ont identifié ces groupes plus spécifiques, afin de faciliter la participation des parties prenantes concernées aux phases d'analyse des besoins, de validation et de diffusion du projet.

Résultats du projet

Pour atteindre ses objectifs, les partenaires du consortium du projet ont élaboré conjointement les résultats suivants, qui sont tous fondés sur la recherche scientifique et présentés dans des formats accessibles :

1) **Guide de l'utilisateur** :

- sensibiliser à l'apparition du PTSS chez les enfants
- doter les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents des compétences nécessaires pour identifier le PTSS chez les enfants
- réponse innovante pour fournir des informations et des recommandations de prise en charge de première ligne

- application de pratiques tenant compte des traumatismes

2) Recueil d'études de cas :

- illustrer les situations les plus courantes qui peuvent montrer comment réagir face à des enfants souffrant de PTSS
- recommandations complètes et faciles à utiliser
- mesures clés pour répondre aux besoins des enfants atteints de PTSS et gérer leur comportement parfois difficile
- Gamme modulaire de supports de sensibilisation et de démonstration

3) Ressources de formation :

- activités de formation interactive et d'apprentissage en ligne et quiz liés aux chapitres spécifiques des lignes directrices et aux études de cas
- cours d'auto-apprentissage
- organisé en 8 modules

4) Plateforme électronique interactive :

- outils interactifs en ligne
- blogs et applications de réseaux sociaux
- podcasts pour l'accès à tous les contenus
- modules de formation en ligne

La plateforme comprend également des podcasts et des vidéos, qui offrent un format alternatif et flexible pour accéder aux mêmes informations et répondre à différentes préférences d'apprentissage et modes de vie. De plus, le chatbot en temps réel offre aux parents des conseils sur la manière de gérer des comportements spécifiques, leur apporte un soutien émotionnel et les guide sur les prochaines étapes du traitement. Pour les enseignants et les animateurs socio-éducatifs, il fournit des ressources tenant compte des traumatismes, des suggestions d'intervention et des mises à jour sur les meilleures pratiques en matière de prise en charge des traumatismes chez les enfants.

5) Application mobile : elle adapte de manière pédagogique certains contenus en ligne issus du cours de formation en ligne, du catalogue et des lignes directrices, et développe des applications mobiles permettant de diffuser ces contenus via des smartphones et des appareils mobiles.

Tous ces produits sont disponibles en anglais et dans les langues du partenariat, à savoir en croate, néerlandais, français, allemand, grec, slovaque, slovène et ukrainien.

Chapitre 1 : Informations générales

« Les preuves de l'impact global des traumatismes apparaissent depuis plusieurs décennies, établissant sans aucun doute que leurs effets peuvent être vastes, importants, durables et coûteux. Résultant d'expériences néfastes telles que la violence, la négligence, la guerre et les abus, les traumatismes ne connaissent aucune limite en termes d'âge, de sexe, de statut socio-économique ou d'origine ethnique, et représentent une expérience presque universelle dans tous les pays du monde »³.

Les expériences négatives vécues pendant l'enfance (ACE) sont des événements potentiellement traumatisants qui surviennent pendant l'enfance (avant l'âge de 18 ans) et peuvent avoir des effets durables sur la santé et le bien-être. Elles se répartissent généralement en trois catégories : (1) Maltraitance – physique, émotionnelle ou sexuelle, (2) Négligence – physique ou émotionnelle, (3) Difficultés familiales – telles que la séparation des parents, la toxicomanie, la maladie mentale, l'incarcération, le décès d'un parent, d'un frère ou d'une sœur ou d'un aidant, ou la violence domestique. Les recherches montrent que plus une personne subit d'ACEs, plus elle risque de souffrir de troubles mentaux, de maladies chroniques et de difficultés sociales plus tard dans sa vie (Harris, 2018).

Une étude exhaustive a été menée sur les ACE chez les adultes américains dans les 50 États et dans le district de Columbia, sur la base de données recueillies entre 2011 et 2020. Elle montre que près des deux tiers des adultes ont déclaré avoir vécu au moins un ACE, tandis qu'environ un sur six en a déclaré quatre ou plus. Ces taux étaient encore plus élevés parmi certains groupes sociodémographiques, tels que les Amérindiens/Autochtones d'Alaska et les adultes multiraciaux, ce qui met en évidence les inégalités structurelles et les conditions socio-économiques qui augmentent le risque d'ACEs (Swedo, E. A. 2023).

La littérature récente sur les événements potentiellement traumatisants chez les enfants met l'accent sur un éventail plus large de facteurs allant au-delà des expériences négatives vécues pendant l'enfance (ACE) traditionnelles. Les chercheurs reconnaissent de plus en plus l'impact des traumatismes environnementaux et communautaires, ainsi que des traumatismes liés à l'école, aux pairs et aux interactions sociales. En outre, les traumatismes médicaux et liés à la santé, notamment les maladies chroniques ou les procédures médicales invasives, ont été identifiés comme une source importante de stress et d'impact psychologique à long terme⁴. Des revues systématiques ont montré que les expériences négatives vécues pendant

³ <https://www.gov.scot/publications/trauma-informed-practice-toolkit-scotland/pages/4/>

⁴ <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types>

l'enfance sont non seulement liées à une détérioration de la santé, mais qu'elles imposent également un fardeau économique important, coûtant aux économies nationales jusqu'à 6 % du PIB annuel en Europe (Hughes et al., 2021).

Des phénomènes sociaux récents, tels que les pandémies mondiales et les trajectoires migratoires complexes, sont apparus comme des facteurs de risque importants pour le développement de traumatismes infantiles. Tout d'abord, les pandémies sont connues pour nuire à la santé mentale en raison du stress toxique et des traumatismes qu'elles provoquent, mais la COVID-19 a bouleversé la vie des enfants d'une manière sans précédent. Les routines ont été bouleversées, les environnements familiaux ont disparu et les relations essentielles, comme jouer, s'étreindre et passer du temps avec ses amis et sa famille, ont été sévèrement restreintes (Chokshi et al., 2021). Les mesures de santé publique, bien que nécessaires, ont supprimé des facteurs de protection essentiels, augmentant ainsi le risque que le stress devienne toxique (Levita, 2024). L'OMS (2022) a signalé une augmentation mondiale des problèmes de santé mentale, en particulier chez les jeunes, en raison de l'isolement, de l'enseignement à distance et de l'affaiblissement des réseaux sociaux⁵. Le stress toxique peut avoir des effets physiques et mentaux à vie (Chokshi et al., 2021). Deuxièmement, les enfants impliqués dans des trajectoires migratoires sont souvent exposés à un risque accru de traumatisme en raison de facteurs tels que le déplacement, la séparation familiale, l'exposition à la violence ou des conditions de vie instables. Ces expériences peuvent perturber leur sentiment de sécurité et d'appartenance, augmentant ainsi leur vulnérabilité à des difficultés émotionnelles et psychologiques à long terme (Alessi et al., 2021).

De nombreuses recherches ont examiné les mécanismes par lesquels les traumatismes subis pendant l'enfance contribuent au développement de **troubles mentaux** (McKay, et al., 2021 ; Downey & Crummy, 2022 ; Murphy et al., 2022). Ces études fournissent collectivement des preuves convaincantes que l'exposition à des expériences traumatisantes pendant l'enfance est non seulement fréquente, mais aussi causalement liée à la détresse mentale. De plus, la gravité, la fréquence et la nature cumulative de ces adversités influencent considérablement l'ampleur de leur impact psychologique. Les conséquences des traumatismes subis pendant l'enfance persistent souvent à l'âge adulte, se manifestant souvent par des comportements inadaptés et des troubles psychiatriques. **Cet impact durable souligne le besoin crucial de stratégies préventives, en particulier d'approches tenant compte des traumatismes, qui mettent l'accent sur la reconnaissance et l'intervention précoces afin d'atténuer les dommages immédiats et à long terme.**

Même si, comme indiqué, les traumatismes n'ont pas de frontières, on sait que leur expérience est inégalement répartie dans la société. Certaines personnes sont plus susceptibles de subir

⁵ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

des traumatismes parce que les circonstances dans lesquelles elles sont nées et vivent, leur âge ou leur handicap augmentent le risque d'abus et de négligence. La définition de la vulnérabilité, par exemple, est différente pour un enfant et un adulte. Les enfants dépendent des adultes pour les protéger contre tout préjudice. La vulnérabilité augmente donc lorsque les actions ou l'inaction des adultes causent un préjudice à l'enfant. Des études sur les expériences négatives vécues pendant l'enfance montrent que les traumatismes infantiles sont fréquents et ont des conséquences durables à l'âge adulte. Le kit d'outils intéressant intitulé « *The trauma-informed practice: a toolkit* » (*La pratique tenant compte des traumatismes : un kit d'outils*) du gouvernement écossais⁶ fait référence à une étude qui rapporte que : 30 % des 17 000 personnes interrogées ont déclaré avoir consommé des substances psychoactives dans leur foyer ; 27 % ont déclaré avoir subi des violences physiques ; 25 % ont déclaré avoir subi des abus sexuels ; 13 % ont déclaré avoir subi des violences psychologiques ; 17 % ont déclaré avoir subi des négligences émotionnelles ; 9 % ont déclaré avoir subi des négligences physiques ; et 14 % ont déclaré avoir vu leur mère subir des violences.

Il est également important de noter que les recherches explorant la répartition des événements traumatisants en fonction du sexe, de l'âge, de l'origine ethnique et du statut socio-économique ont également montré que les événements traumatisants sont plus fréquents chez les personnes issues de groupes socio-économiques défavorisés et de communautés ethniques minoritaires. Il est également pertinent de considérer que la vulnérabilité est complexe et multiforme et qu'elle peut être temporaire, de sorte que certaines populations spécifiques peuvent être plus exposées à des problèmes de santé en période de crise. Les personnes touchées peuvent cesser de s'épanouir dans la vie et se sentir incapables de s'engager ou d'accéder à des services une fois qu'elles ont subi l'impact de l'événement traumatisant.

Les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents sont de plus en plus souvent en contact avec des enfants qui présentent des traumatismes (réactions). Les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents viennent d'horizons différents, mais n'ont souvent pas de formation clinique sur la meilleure façon de traiter les traumatismes et ne disposent pas des ressources nécessaires pour comprendre et promouvoir la santé mentale par le biais d'un dépistage précoce, d'orientations vers des spécialistes et d'interventions préventives et protectrices qui renforcent la résilience individuelle et communautaire. Le travail tenant compte des traumatismes est donc important, car il permet aux enseignants, aux animateurs socio-éducatifs et aux parents d'identifier les signes de traumatisme afin qu'une

⁶ <https://www.gov.scot/publications/trauma-informed-practice-toolkit-scotland/>

première intervention de base ou une réponse appropriée au traumatisme puisse être mise en place dès que possible.

Les chapitres suivants de ces lignes directrices présentent des informations détaillées sur les symptômes de stress post-traumatique (chapitre 2), les pratiques tenant compte des traumatismes (chapitre 3), les stratégies de communication (chapitre 4), les compétences relationnelles (chapitre 5) et les principes de réduction du stress (chapitre 6). Les autres parties des lignes directrices présentent des informations sur l'amélioration de la conscience de soi (chapitre 7) et un appel à la construction de communautés résilientes et informées sur les traumatismes (conclusion).

Il convient de souligner que les origines du traumatisme sont multiples et peuvent inclure toute expérience préjudiciable dans la vie d'une personne. Le développement de symptômes post-traumatiques dépend également des capacités personnelles d'adaptation. Dans les sections et chapitres suivants de ces lignes directrices, des informations approfondies seront fournies sur ce qu'est un traumatisme, quels sont les symptômes de stress post-traumatique (PTSS) et comment il est possible d'intervenir. Une grande importance est accordée au renforcement de la conscience de soi et de la perception de soi, éléments clés d'une pratique tenant compte des traumatismes.

1.1 Définition des “enfants”

La période préscolaire englobe généralement le stade de développement entre 3 et 5 ans. Au cours de cette phase critique, les enfants connaissent des progrès significatifs dans divers domaines du développement. L'un des changements les plus notables est l'expansion rapide des compétences linguistiques, notamment l'enrichissement du vocabulaire, l'amélioration de la structure des phrases et le renforcement des capacités de communication. Parallèlement au développement du langage, les enfants font également des progrès substantiels dans les domaines socio-émotionnels, tels que l'apprentissage de la régulation de leurs émotions, la formation d'amitiés et le développement de l'empathie et de la conscience de soi. Le jeu pendant cette période devient de plus en plus complexe et constitue un moyen essentiel d'apprentissage cognitif, social et émotionnel. En outre, les capacités d'adaptation, qui comprennent des aptitudes pratiques telles que s'habiller, se nourrir et suivre des routines, s'améliorent également considérablement, aidant les enfants à acquérir une plus grande indépendance et à se préparer à la scolarité formelle (Feldman et al., 2022). Ainsi, les traumatismes subis pendant cette période peuvent avoir un impact profond en raison du stade critique de développement dans lequel ils se trouvent⁷.

⁷ <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/early-childhood-trauma/effects>

Les enfants âgés de 6 à 12 ans sont généralement considérés comme étant en « âge scolaire », une phase marquée par une croissance substantielle dans les domaines cognitif, social et émotionnel. Erik Erikson a défini cette période comme le stade de « l'industrie contre l'infériorité ». À ce stade psychosocial, les enfants s'efforcent d'acquérir de nouvelles compétences et aptitudes, en particulier celles qui sont valorisées par leur culture, telles que les capacités scolaires, les sports et les interactions sociales (Erikson, 1960). Du point de vue du développement cognitif, Jean Piaget a identifié cette phase comme la période opérationnelle concrète (environ 7 à 11 ans). Les enfants développent une pensée plus logique et plus organisée, ce qui leur permet d'effectuer des tâches mentales telles que la classification et la compréhension de la conservation, bien que leur raisonnement reste lié à des expériences concrètes et tangibles plutôt qu'à des concepts abstraits (Piaget, 1973).

L'adolescence est une phase de développement dynamique et transformatrice qui fait le pont entre l'enfance et l'âge adulte. Elle se caractérise par de profonds changements physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux qui préparent les individus à assumer leurs rôles et responsabilités d'adultes. Cependant, la tranche d'âge exacte qui définit l'adolescence varie selon les organisations et les perspectives culturelles. Par exemple, l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) définit l'adolescence comme la période allant de 11 à 21 ans environ, reflétant le large spectre de croissance et de maturation pendant cette période (Alderman et al., 2019).

En revanche, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) délimite l'adolescence de manière plus restrictive, comme s'étendant de 10 à 19 ans. En outre, l'OMS distingue le concept de « **jeunesse** » comme une catégorie distincte, englobant les individus âgés de 15 à 24 ans⁸. Ces définitions variées soulignent la complexité de l'adolescence en tant que phase de développement influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. De nombreux experts s'accordent à dire que l'adolescence commence souvent avec le début de la puberté, une étape biologique qui déclenche une cascade de changements physiques et hormonaux. Malgré les définitions variables concernant la tranche d'âge exacte de l'adolescence, la plupart des chercheurs et des praticiens ne la considèrent pas comme une étape homogène, mais plutôt comme un continuum composé de trois phases distinctes mais qui se chevauchent. Ces phases sont généralement classées comme suit : l'adolescence précoce, qui s'étend approximativement de 10 à 13 ans ; l'adolescence moyenne, qui s'étend approximativement de 14 à 16 ans ; et l'adolescence tardive, qui commence vers 17 ans et se poursuit jusqu'au début de la vingtaine. Chaque phase est marquée par des défis et des étapes de développement uniques (Feldman et al., 2022).

⁸ https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

1.2 Cadre juridique en matière de droits de l'enfant

La protection et la promotion des droits des enfants sont inscrites dans plusieurs instruments juridiques internationaux et européens, qui établissent une obligation juridique contraignante pour les États ratificateurs. Cette obligation est particulièrement pertinente pour les approches tenant compte des traumatismes, car elle englobe à la fois le devoir de prévenir les traumatismes et celui d'assurer un soutien approprié au rétablissement des enfants qui en ont été victimes.

La Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant (CDE) (1989) reste le traité international le plus important en matière de droits de l'enfant. Elle définit les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels de toutes les personnes âgées de moins de 18 ans, notamment les droits à l'éducation, à la protection, à la santé, à la participation et à la non-discrimination. La CDE a été ratifiée par la quasi-totalité des pays, ce qui reflète l'engagement mondial en faveur de la protection du bien-être des enfants. Le principe « Rien sur nous sans nous » découle également de cette convention. Les approches actuelles fondées sur les droits mettent l'accent sur l'autonomie des enfants et leur participation significative aux questions qui les concernent, même après un traumatisme⁹. En outre, il existe trois protocoles facultatifs : le premier sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants ; le deuxième sur l'implication d'enfants dans les conflits armés ; et le troisième sur une procédure de communication¹⁰.

Au niveau européen, la **Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2000/C 364/01)** souligne l'importance des droits de l'enfant, en particulier dans son article 24, qui stipule que les enfants ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être. Elle reconnaît également leur droit d'exprimer librement leur opinion, qui doit être dûment prise en considération dans les affaires qui les concernent, en tenant compte de leur âge et de leur maturité. En outre, la Charte établit que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans toutes les actions concernant les enfants, qu'elles soient entreprises par des autorités publiques ou des institutions privées.

Renforçant encore ces droits, **la directive 2011/92/UE du Parlement européen et du Conseil met l'accent sur la lutte contre les abus sexuels et l'exploitation des enfants, ainsi que contre la pédopornographie**. Cette directive remplace la précédente décision-

⁹ <https://childrightsconnect.org/2023-in-review-six-years-of-learning-help-scale-up-the-work-of-and-our-support-to-our-childrens-advisory-team-in-making-a-change-worldwide/>

¹⁰ <https://research.un.org/c.php?g=1331357&p=10072557>

cadre 2004/68/JAI du Conseil et fournit un cadre juridique complet pour lutter contre ces crimes.

En outre, l'Union européenne a fait progresser les droits de l'enfant grâce à des initiatives politiques telles que la **stratégie de l'UE sur les droits de l'enfant et la garantie européenne pour l'enfance, toutes deux adoptées en 2021**. Ces initiatives visent à garantir que tous les enfants, en particulier ceux qui se trouvent dans des situations vulnérables, aient accès aux services essentiels et soient protégés contre toute forme de préjudice. Elles mettent également l'accent sur l'intégration des droits de l'enfant dans tous les domaines de l'élaboration des politiques de l'UE, afin que le bien-être et les intérêts des enfants restent au cœur des priorités européennes.

Les évolutions récentes des cadres relatifs aux droits de l'enfant témoignent d'une reconnaissance croissante des facteurs de traumatisme numérique, notamment l'exposition croissante des enfants aux abus en ligne, au cyberharcèlement, au grooming et à l'exploitation. Ces risques en constante évolution soulignent la nécessité de considérer les environnements en ligne comme faisant partie intégrante du champ d'application des obligations des États en vertu des instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'enfant. L'intégration des préjudices numériques dans les discours sur les droits marque le passage d'une protection abstraite à des obligations exécutoires de prévention et d'intervention, exigeant des gouvernements qu'ils s'attaquent aux effets immédiats et cumulatifs des traumatismes. Comme le soulignent Bargeman, Smith et Wekerle (2021), les soins tenant compte des traumatismes peuvent être conçus comme une *norme de soins* fondée sur les droits, établissant un pont conceptuel entre les cadres normatifs et les pratiques de prestation de services.

Cette convergence entre les approches fondées sur les droits et celles tenant compte des traumatismes a de plus en plus façonné la gouvernance institutionnelle et les politiques publiques. En Écosse, les pratiques tenant compte des traumatismes ont été intégrées dans les services éducatifs, sanitaires et sociaux, reliant explicitement les obligations de l'État en vertu de la législation sur les droits de l'enfant à des mécanismes pratiques de prévention et de soutien (Scottish Government & Improvement Service, 2024). De même, l'Australie a intégré des cadres tenant compte des traumatismes dans ses politiques de protection de l'enfance et de la famille, en mettant l'accent sur des soins adaptés aux antécédents traumatiques (Wall et al., 2016). Ces exemples illustrent comment les cadres juridiques ne se contentent pas d'énoncer des idéaux : ils peuvent imposer des changements systémiques dans les écoles, les soins de santé et les services sociaux, en veillant à ce que la prévention des traumatismes et le soutien au rétablissement soient reconnus non pas comme des initiatives discrétionnaires, mais comme des obligations légales inhérentes à la réalisation des droits de l'enfant.

Chapitre 2 : Traumatismes et symptômes de stress post-traumatique (SSPT) chez les enfants

Ce chapitre explique ce qu'est un traumatisme infantile et pourquoi il diffère fondamentalement d'un traumatisme vécu à l'âge adulte, en mettant l'accent sur ses dimensions développementales, relationnelles et corporelles. Il décrit les réactions psychologiques et comportementales immédiates et à long terme au traumatisme chez différents groupes d'âge, montrant comment les symptômes évoluent à mesure que les enfants grandissent et comment les résultats sont influencés par des facteurs tels que le soutien des personnes qui s'occupent d'eux, la répétition du traumatisme et le stade de développement. En outre, le chapitre élargit le champ d'étude au-delà du SSPT pour inclure d'autres troubles mentaux liés au traumatisme et souligne l'importance de la sensibilité culturelle dans la reconnaissance, l'interprétation et la prise en charge des traumatismes chez les enfants et les adolescents.

2.1 Qu'est-ce qu'un traumatisme infantile ?

Le traumatisme infantile n'est pas simplement une version réduite du traumatisme adulte : il s'agit d'une expérience fondamentalement différente, façonnée par le stade de développement de l'enfant, sa capacité émotionnelle et sa dépendance vis-à-vis des personnes qui s'occupent de lui. Défini comme une expérience profondément pénible ou perturbante, le traumatisme chez les enfants résulte souvent d'événements qui dépassent leur capacité à y faire face, tels que la maltraitance, la négligence ou le fait d'être témoin de violences. Contrairement aux adultes, les enfants n'ont pas toujours les mots pour décrire ce qui leur est arrivé, mais les émotions (peur, confusion, honte) sont profondément ressenties et s'expriment souvent à travers leur comportement ou des symptômes physiques. **Le traumatisme concerne davantage la réaction de l'enfant que l'événement lui-même.** Deux enfants peuvent vivre la même expérience, mais réagir de manière très différente en fonction de leur système de soutien et de leur sécurité émotionnelle. Il s'agit d'une blessure subjective, ancrée dans les sensations et stockée dans le corps, qui influence le sommeil, le comportement et les relations. Lorsque les personnes qui s'occupent des enfants réagissent avec incrédulité ou ambivalence, le traumatisme s'aggrave, renforçant les sentiments de trahison et d'abandon. Il est important de noter que le traumatisme reste présent dans le corps et l'esprit longtemps après l'événement. Il prive les enfants de leur sentiment de sécurité et de confiance, ce qui rend plus difficile la formation d'attachements sécurisants. Les chercheurs distinguent deux types de traumatismes:

- Traumatisme de type 1 — Événements soudains et isolés tels que des accidents, des agressions ou des catastrophes naturelles et

- Traumatisme de type 2 ou complexe — Exposition répétée ou prolongée à des expériences traumatisantes, telles que des abus sexuels pendant l'enfance ou la violence domestique, conduisant souvent à des réactions traumatiques complexes.

Un **événement traumatisant** est généralement défini comme un événement effrayant, dangereux ou violent qui constitue une menace immédiate pour la vie, la sécurité ou le bien-être d'une personne. Chez les enfants, le traumatisme peut résulter du fait d'avoir directement vécu de tels événements ou d'en avoir été témoin chez un proche, ce qui entraîne souvent un choc émotionnel et des conséquences psychologiques à long terme. Selon la définition des systèmes de diagnostic éprouvés, le traumatisme comprend l'exposition à la mort réelle ou menacée, à des blessures graves ou à des violences sexuelles, qu'elles aient été vécues, observées ou apprises. Le concept d'expériences négatives durant l'enfance (ACE) élargit notre compréhension du traumatisme en incluant la négligence affective, le dysfonctionnement familial et la maladie mentale des parents. Des études montrent que plus un enfant subit d'ACE, plus il risque de souffrir de problèmes de santé physique et mentale tout au long de sa vie. Des événements tels que la séparation des parents, la violence domestique ou les déménagements fréquents peuvent ne pas sembler traumatisants à première vue, mais peuvent avoir des effets durables, surtout lorsqu'ils sont aggravés par l'instabilité ou la perte.

Au cours de l'enfance, une proportion importante d'enfants sont exposés à des événements potentiellement traumatisants tels que la violence domestique, les catastrophes naturelles et les abus sexuels, avec des taux de prévalence allant de 14 % à plus des deux tiers selon les études. Si tous les enfants exposés à un traumatisme ne développent pas nécessairement un syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la probabilité et la gravité de l'impact psychologique dépendent de facteurs tels que la nature de l'événement, le stade de développement de l'enfant et les méthodes utilisées pour évaluer le traumatisme.

2.2 Quels sont les symptômes immédiats du stress post-traumatique chez les enfants de différents groupes d'âge ?

Les enfants et les adolescents manifestent souvent un large éventail de réactions émotionnelles et physiques après avoir vécu ou été témoins d'un événement traumatisant. Ces réactions ne sont pas le signe d'un problème chez l'enfant, mais plutôt des réponses normales à une situation anormale. Lorsque le corps passe en « mode urgence » pour survivre à une menace, il consomme beaucoup d'énergie, ce qui peut laisser les enfants accablés ou épuisés même après que le danger soit passé.

Les bébés et les tout-petits sont profondément affectés par ce qui arrive à leurs parents ou à leurs proches, en particulier en période de traumatisme. Comme ils dépendent entièrement de ces relations étroites pour leur sécurité et leur stabilité émotionnelle, toute perturbation,

telle qu'une séparation, une détresse au sein du foyer ou un changement dans la routine, peut avoir un impact significatif sur leur sentiment de sécurité et ralentir leur rétablissement.

Lorsque les bébés ou les tout-petits vivent des événements traumatisants ou mettant leur vie en danger, ils peuvent ressentir une peur profonde, comme n'importe qui d'autre, mais ils l'expriment d'une manière propre à leur âge. Ils peuvent devenir plus agités et plus difficiles à calmer, se replier sur eux-mêmes ou perdre des compétences physiques acquises précédemment, comme s'asseoir, ramper ou marcher, et sembler souvent plus maladroits. Ce sont là des signes naturels de détresse chez les très jeunes enfants qui apprennent encore à faire face à des expériences bouleversantes sans être capables d'expliquer ce qu'ils ressentent.

Les enfants d'âge préscolaire peuvent être profondément affectés par des événements traumatisants, même s'ils ne comprennent pas pleinement ce qui s'est passé. Comme leur langage est encore en développement, ils peuvent ne pas exprimer leurs sentiments avec des mots, mais des changements dans leur comportement ou leurs jeux, tels qu'une sensibilité émotionnelle, une confusion ou un repli sur soi, peuvent indiquer que quelque chose ne va pas.

Les enfants peuvent se montrer plus collants ou suivre constamment leurs parents, ou régresser dans des compétences de base telles que dormir, manger, aller aux toilettes ou prêter attention. Leur humeur peut changer : ils peuvent sembler apathiques, renfermés ou perdre tout intérêt pour les activités qu'ils appréciaient auparavant. Certains peuvent devenir plus agressifs ou craintifs, faire des cauchemars, développer de nouvelles phobies ou parler et jouer de manière répétitive à propos de l'événement traumatisant. Les plaintes physiques telles que les maux de tête ou les maux d'estomac sans cause apparente sont également courantes, et les jeunes enfants peuvent même se sentir responsables de ce qui s'est passé, en interprétant mal l'événement.

Les enfants d'âge scolaire peuvent être profondément affectés par des événements traumatisants, qui peuvent ébranler leur sentiment de sécurité et de prévisibilité. S'ils ne reçoivent pas d'informations claires et adaptées à leur âge, ils peuvent combler les lacunes avec leur imagination ou leurs expériences passées, croyant parfois que l'événement était de leur faute ou imaginant quelque chose d'encore plus effrayant que ce qui s'est réellement passé. Les enfants d'âge scolaire peuvent réagir au traumatisme par des symptômes physiques tels que des maux de tête, des maux d'estomac ou des troubles du sommeil, notamment des cauchemars et des difficultés à rester dans leur propre lit. Ils peuvent régresser dans leur comportement, devenir plus collants, rechercher l'attention ou être incapables d'assumer les responsabilités qu'ils assumaient auparavant, et montrer des changements dans leurs relations, tels qu'une agressivité accrue envers leurs frères et sœurs ou leurs pairs. Certains enfants peuvent se replier sur eux-mêmes, éviter l'école ou les

activités sociales, et même se reprocher ce qui s'est passé, surtout s'ils n'ont pas reçu d'explications claires et adaptées à leur âge.

Les adolescents qui vivent un événement bouleversant ou effrayant se sentent souvent submergés par des émotions fortes telles que la tristesse, la colère, l'anxiété ou la culpabilité, et peuvent être profondément affectés non seulement par un traumatisme personnel, mais aussi par des tragédies locales, nationales ou internationales, ou par des événements qui touchent leurs amis.

Bien que ces réactions fassent partie du processus naturel de guérison du corps, les adolescents peuvent se replier sur eux-mêmes, avoir des troubles du sommeil ou perdre tout intérêt pour l'école, leurs loisirs et leurs relations. Contrairement aux enfants plus jeunes qui comptent principalement sur leur famille, les adolescents se tournent souvent vers leur groupe de pairs pour trouver du soutien et peuvent ne pas partager ouvertement leurs sentiments avec les adultes, surtout s'ils craignent de les bouleverser. Certains peuvent devenir plus rebelles ou revenir à des comportements antérieurs, tandis que d'autres peuvent s'isoler ou montrer des signes de désespoir. Il est donc essentiel que les parents et les personnes qui s'occupent d'eux comprennent comment les adolescents gèrent leur détresse afin de leur offrir un soutien significatif.

2.3 Quels sont les symptômes de stress post-traumatique à long terme chez les enfants de différents groupes d'âge ?

Si de nombreux enfants font preuve de résilience après des événements traumatisants, certains sont plus vulnérables au développement de symptômes durables de traumatisme ou de PTSS. Des recherches montrent qu'environ 15 % des filles et 6 % des garçons peuvent développer un PTSS à la suite d'une expérience traumatisante. La réaction d'un enfant est influencée par de multiples facteurs, notamment la gravité du traumatisme, sa proximité avec l'événement et, surtout, le soutien émotionnel qu'il reçoit de ses parents ou de ses aidants, le soutien parental étant l'un des facteurs les plus déterminants pour la santé mentale. D'autres facteurs d'influence importants, notamment l'âge et le stade de développement de l'enfant, son sexe, son exposition cumulative au traumatisme et le type de traumatisme, la violence interpersonnelle présentant un risque particulièrement élevé. Les enfants qui ne bénéficient pas d'une communication claire et encourageante peuvent combler leurs lacunes émotionnelles par la peur ou la culpabilité, ce qui intensifie encore leur détresse.

Les systèmes de diagnostic reconnus à l'échelle internationale reconnaissent que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ne se manifeste pas de la même manière tout au long de la vie. Les symptômes évoluent avec l'âge, le développement cognitif et le contexte social, et les cadres diagnostiques ont progressivement changé afin de mieux refléter ces différences. L'introduction d'un sous-type développemental du TSPT pour les enfants d'âge préscolaire a constitué un changement majeur dans la classification. Cela a permis de

reconnaître que les jeunes enfants ne peuvent pas toujours verbaliser leurs états internes et que les traumatismes s'expriment souvent à travers leur comportement. Certaines classifications internationalement reconnues font écho à cette perspective en mettant l'accent sur les observations des personnes qui s'occupent des enfants et sur les troubles fonctionnels à tous les âges, soulignant la nécessité d'interpréter les symptômes dans une perspective développementale.

Âge préscolaire (1 à 5 ans) : à ce stade, le traumatisme s'exprime souvent par le comportement plutôt que par les mots. Les enfants peuvent faire des crises de colère, manifester de la tristesse, devenir collants, régresser dans l'apprentissage de la propreté ou perdre soudainement certaines compétences. Les jeux et les dessins peuvent devenir des reconstitutions chargées de traumatismes, tandis que les terreurs nocturnes, l'impulsivité, l'anxiété de séparation et l'hypervigilance sont courantes. Contrairement aux adultes, ces enfants peuvent ne pas sembler ouvertement bouleversés lorsqu'ils se souviennent des événements, mais leur fonctionnement et leur développement peuvent être profondément perturbés. Les classifications soulignent la nécessité de fonder le diagnostic sur les rapports des personnes qui s'occupent de l'enfant et sur les changements observables plutôt que sur l'auto-évaluation seule. La stabilité, la chaleur et les routines prévisibles constituent le fondement du rétablissement.

Enfants d'âge scolaire (6-12 ans) : lorsque les enfants entrent dans la phase intermédiaire de l'enfance, le SSPT commence à ressembler aux groupes de symptômes observés chez les adultes, mais avec des caractéristiques distinctes. La détresse peut se manifester par des cauchemars, un retrait émotionnel ou le refus de tout ce qui rappelle l'événement. Certains enfants se souviennent mal ou nient complètement les événements traumatiques, tandis que d'autres les reproduisent dans des jeux répétitifs. Des sentiments d'impuissance ou de désespoir peuvent apparaître, et une hypervigilance peut imiter les symptômes du TDAH. Les troubles fonctionnels sont mis en évidence, rappelant aux cliniciens que même lorsque les enfants semblent calmes en apparence, leur vie quotidienne et leur apprentissage peuvent être considérablement affectés.

Adolescence (12-18 ans) : Chez les adolescents, le SSPT prend souvent une forme plus complexe et plus risquée. Bien qu'ils puissent répondre aux critères applicables aux adultes, leur stade de développement les rend particulièrement vulnérables à l'impulsivité, à la prise de risques, à l'agressivité et aux comportements autodestructeurs. De nombreux adolescents nient leur détresse ou insistent sur le fait qu'ils vont « bien », mais sont en proie à des émotions envahissantes. Un traumatisme impliquant le décès d'un parent ou d'un tuteur complique encore davantage l'évaluation, car le deuil peut occulter les souvenirs directs de l'événement traumatisant. Pour apporter un soutien efficace, il faut à la fois être conscient de la souffrance cachée et être disposé à engager avec les adolescents des conversations ouvertes et valorisantes.

2.4 Autres problèmes de santé mentale liés à l'exposition au traumatisme chez les enfants

Lorsque l'on pense aux traumatismes chez les enfants et les adolescents, le SSPT est généralement le premier diagnostic qui vient à l'esprit. Mais les traumatismes ne suivent pas toujours le cheminement clair et reconnaissable des flashbacks et des cauchemars. Pour de nombreux jeunes, leurs répercussions prennent différentes formes : une dépression qui sape leur joie de vivre, un comportement qui éloigne les adultes ou une fuite risquée dans l'alcool et la drogue.

La dépression est l'une des trajectoires les plus courantes après un traumatisme. Un enfant qui aimait autrefois le football ne veut plus jouer, un adolescent qui riait facilement autrefois passe désormais ses journées dans un état d'apathie et de détachement. Les expériences traumatisantes peuvent briser le sentiment fondamental de sécurité et de confiance d'un jeune, laissant derrière elles une profonde tristesse, un sentiment de désespoir et d'inutilité. Contrairement aux adultes, les enfants ne disent pas forcément « je me sens déprimé » ; ils peuvent plutôt le montrer par leur irritabilité, leur retrait de leurs amis ou la baisse de leurs résultats scolaires.

Pour d'autres, les séquelles se manifestent davantage par **des problèmes de comportement**. L'enfant qui a vécu des violences ou de la négligence peut se montrer agressif à l'école, se battre avec ses camarades ou enfreindre les règles à la maison. La colère devient un bouclier, une forme de défi, un moyen de contrôle dans un monde où il se sentait autrefois impuissant. Ce qui est souvent qualifié de « mauvais comportement » peut en réalité être la cicatrice d'un traumatisme, une stratégie de survie devenue inadaptée. Des troubles du comportement peuvent alors apparaître, sous forme d'agressivité, de vol ou de destruction, chacun étant une reconstitution silencieuse du chaos passé.

À l'adolescence, certains commencent à chercher du réconfort ou une échappatoire dans **la drogue et l'alcool**. L'ivresse engourdit les souvenirs douloureux, calme l'hypervigilance ou comble le vide de la dépression. La consommation de substances chez les adolescents traumatisés n'est souvent pas une recherche de plaisir, mais une anesthésie. Mais ce soulagement temporaire a un coût, car il alimente les comportements à risque, les problèmes juridiques et aggrave la santé mentale.

Les traumatismes laissent également des traces sur le corps : **les troubles somatiques** tels que les maux de tête, les maux d'estomac, la fatigue ou les douleurs vagues sont extrêmement fréquents, en particulier lorsque les enfants ne trouvent pas les mots pour exprimer leur détresse. Le corps retient ce que l'esprit ne peut pas encore traiter, traduisant une peur écrasante en maux d'estomac avant l'école ou en maux de tête inexplicables qui reviennent sans cesse. Ces enfants passent souvent d'un médecin à un autre et d'un conseiller à un autre sans obtenir de réponses claires, leur souffrance étant négligée parce

qu'elle ne correspond pas à une catégorie médicale précise. À bien des égards, leurs symptômes sont la façon dont le corps se souvient de ce que l'enfant ne peut pas exprimer : l'histoire cachée que portent les muscles, les nerfs et la douleur.

Ce qui relie ces éléments, c'est que le traumatisme se manifeste rarement de manière directe. Au contraire, il se cache dans l'adolescent renfermé, l'enfant en colère ou l'adolescent qui fait des expériences imprudentes. Sans une approche tenant compte des traumatismes, la dépression peut être confondue avec la paresse, les troubles du comportement avec la délinquance et la consommation de substances avec de « mauvais choix ».

2.5 Considérations culturelles dans l'identification des traumatismes chez les enfants

La reconnaissance des traumatismes chez les enfants nécessite une approche culturelle, car la détresse se manifeste rarement de la même manière dans toutes les sociétés. Dans certaines cultures, les enfants expriment leur douleur à travers leur corps (maux de tête, maux d'estomac ou fatigue), tandis que dans d'autres, elle est expliquée en termes spirituels ou décrite à l'aide d'expressions idiomatiques locales. Les normes culturelles et de genre peuvent également empêcher les enfants de se confier : les garçons peuvent être particulièrement réticents à révéler les agressions sexuelles par crainte de la stigmatisation, tandis que les filles issues de communautés qui valorisent la virginité peuvent éviter de révéler les abus. Dans les régions où les châtiments corporels sévères sont normalisés, les enfants peuvent même ne pas identifier leurs expériences comme traumatisantes, ce qui rend la prévalence plus difficile à évaluer. La stigmatisation renforce ce silence, mais la culture peut également offrir des voies de guérison grâce à des rituels, des récits, la communauté et des pratiques spirituelles qui rétablissent le sentiment d'appartenance et de sécurité. Pour vraiment voir le traumatisme, il est nécessaire de lire à la fois le langage caché des symptômes et les récits culturels qui façonnent ce qui peut – ou ne peut pas – être dit.

Chapitre 3 : Mise en œuvre de pratiques tenant compte des traumatismes pour les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents

Le chapitre 3 se concentre sur la manière dont les pratiques tenant compte des traumatismes peuvent être mises en œuvre de manière significative par les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents dans l'environnement quotidien des enfants. S'appuyant sur la compréhension des traumatismes infantiles développée dans le chapitre précédent, il explique ce que signifie concrètement une pratique tenant compte des traumatismes pour les enfants et les adolescents, en mettant l'accent sur les dimensions développementales, relationnelles et sensorielles des traumatismes. Le chapitre présente ensuite les principes fondamentaux d'une approche tenant compte des traumatismes, explore les différents systèmes de soutien social qui entourent les enfants et souligne l'importance de réseaux de soins solides et coordonnés. Ensemble, ces sections montrent comment des environnements sûrs, réactifs et sensibles à la culture - au sein de la famille, de l'école, de la communauté et des services professionnels - peuvent réduire les risques de retraumatisation, renforcer la résilience et soutenir le développement émotionnel, social et cognitif des enfants.

3.1 Que signifie la pratique tenant compte des traumatismes (PTT) pour les enfants ?

La pratique tenant compte des traumatismes (TIP) pour les enfants est une approche qui reconnaît l'influence des traumatismes sur les émotions, le comportement et le développement d'un enfant. Au lieu de se demander « Qu'est-ce qui ne va pas chez cet enfant ? », la TIP se concentre sur « Qu'est-ce que cet enfant a vécu et de quoi a-t-il besoin pour se sentir en sécurité ? ». Au cœur de cette approche se trouve la création d'un environnement physique et émotionnel sécurisant grâce à des routines prévisibles, des environnements calmes et des relations adultes encourageantes qui aident les enfants à sortir du mode de survie.

La TIP reconnaît également que des comportements tels que la difficulté à se concentrer, les accès de colère, le repli sur soi ou l'hypervigilance reflètent souvent des réactions de stress liées à un traumatisme. En comprenant comment les traumatismes affectent le cerveau, les éducateurs et les soignants peuvent réagir avec empathie plutôt qu'avec punition et établir des relations stables et de confiance qui favorisent la guérison. La régulation émotionnelle est un autre élément clé ; les enfants sont guidés pour utiliser des stratégies apaisantes, identifier leurs sentiments et reprendre progressivement le contrôle de leurs réactions émotionnelles.

L'autonomisation est essentielle dans les environnements tenant compte des traumatismes. Offrir aux enfants des choix et des possibilités d'autonomie aide à contrer le sentiment d'impuissance créé par le traumatisme. Parallèlement, les adultes s'efforcent d'éviter la retraumatisation en minimisant les pratiques susceptibles de déclencher la peur, telles que les cris ou les mesures disciplinaires imprévisibles.

Enfin, l'approche TIP reconnaît que l'expérience de chaque enfant est façonnée par des différences culturelles, familiales et individuelles. Une pratique efficace repose sur la collaboration entre les enseignants, les familles et les ressources communautaires afin de créer des environnements inclusifs qui favorisent le rétablissement et la résilience. Dans l'ensemble, l'approche tenant compte des traumatismes vise à promouvoir la sécurité, les liens, la croissance émotionnelle et un sentiment renouvelé d'autonomie chez les enfants touchés par un traumatisme.

3.2 Principes clés d'une approche tenant compte des traumatismes

Les principes des 5 R constituent le fondement de l'approche tenant compte des traumatismes (Christen-Schneider, 2025).

Il s'agit des principes suivants:

- **Prendre conscience** de l'omniprésence et de l'impact généralisé des traumatismes. Comprendre cela peut aider à identifier les voies vers le rétablissement.
- **Reconnaître** les symptômes du traumatisme chez les individus. En identifiant les signes et les éléments du traumatisme, les survivants peuvent être soutenus avec sensibilité, empathie et des outils professionnels plus efficaces.
- **Réagir** au traumatisme en mettant en œuvre des procédures, des cadres et des pratiques appropriés, et en comprenant pleinement ses effets. L'environnement physique joue également un rôle important dans le soutien et l'aide au rétablissement des survivants de traumatismes.
- **Résister** de manière proactive à la retraumatisation en garantissant un espace sûr où les limites et l'autonomie sont respectées.
- **Reconnaître** le rôle essentiel des relations, en mettant l'accent sur la confiance et la sécurité émotionnelle.

3.3 Types de systèmes de soutien social pour les enfants

Le bien-être des enfants est façonné à la fois par des systèmes à petite échelle et par l'environnement plus large dans lequel ils grandissent. Les systèmes de soutien social constituent la première ligne de sensibilisation et d'interventions préventives. Pour la

prévention secondaire, des services sociaux formels sont mis en place pour faire face aux risques ou aux vulnérabilités émergents. Un réseau de soutien efficace doit englober la famille, l'école, les structures communautaires et les services sociaux spécialisés, afin de permettre des interventions individualisées adaptées aux besoins de chaque enfant.

Des relations solides, où l'acceptation de soi et des stratégies saines de coexistence sont encouragées, peuvent offrir une stabilité grâce à des routines quotidiennes et créer un réseau de sécurité qui aide les enfants à former et à affirmer leur identité. Ce rôle peut être joué par la famille.

L'environnement scolaire est un autre élément clé dans la vie d'un enfant. Les facteurs de protection dans ce cadre peuvent inclure les pairs, les enseignants et les professionnels de la santé qui établissent des relations significatives et s'engagent activement auprès de l'enfant. Ce cercle fonctionne comme un canal bidirectionnel, où la communication et la collaboration avec les parents contribuent à façonner un cadre plus personnalisé et plus favorable qui répond aux besoins individuels de l'enfant.

S'étendant à un cercle social plus large, la **communauté** représente un système général dont la dynamique interne et externe influence les cercles plus restreints qui entourent l'enfant. En favorisant et en maintenant des quartiers sûrs, où les adultes sont attentifs et prévenants envers les autres, la communauté crée des environnements de vie et de travail qui favorisent une vie publique saine. Cette structure collective offre un sentiment d'unité et de responsabilité partagée, établissant des normes sociales de protection et de soins, en particulier dans les moments difficiles.

Il ne fait aucun doute que la mise en place d'un système de santé efficace est un principe fondamental pour sensibiliser davantage la population et renforcer la prévention. Ce système repose sur des professionnels qui s'engagent consciemment à soutenir les populations vulnérables partout où des soins sont nécessaires. Les pédiatres et les agents de santé jouent un rôle essentiel dans le suivi et la promotion du bien-être physique et émotionnel des enfants. Les travailleurs sociaux aident les familles à surmonter les difficultés, à prévenir la maltraitance et à faciliter l'accès aux ressources essentielles. Un outil clé dans ce processus est la mise en œuvre d'évaluations des besoins, qui consistent à recueillir et à analyser des informations afin d'identifier les lacunes et d'orienter les améliorations en matière de bien-être individuel. Les thérapeutes et les groupes de soutien aident les enfants à faire face aux traumatismes, au deuil et aux difficultés comportementales ou émotionnelles. Ensemble, ces professionnels forment un réseau de protection qui favorise la résilience et garantit que chaque enfant reçoive les soins, l'attention et le soutien personnalisé qu'il mérite.

3.4 L'importance d'un réseau de services de soutien pour les enfants

L'importance d'un réseau de services de soutien bien structuré réside dans sa capacité à fournir aux enfants, qu'ils soient traumatisés ou non, un cadre social sûr et stimulant où ils peuvent s'intégrer, interagir et s'épanouir. Ce réseau devient vraiment efficace lorsque les adultes de chaque milieu (famille, école et communauté) reconnaissent les besoins uniques, les origines diverses et les forces potentielles de l'enfant. Ce faisant, ils créent les conditions qui permettent à l'enfant de s'épanouir sur les plans émotionnel, social et cognitif.

Les parents et les tuteurs sont la principale source de soutien émotionnel et physique. Leur rôle est fondamental pour favoriser la résilience, la stabilité et le sentiment d'identité. Lorsque les parents sont à l'écoute des besoins de leur enfant et collaborent avec d'autres systèmes de soutien, ils contribuent à créer un environnement cohérent et sécurisant qui favorise un développement sain.

Les éducateurs et le personnel scolaire jouent un rôle essentiel dans l'identification des difficultés et le soutien scolaire et social. Les écoles sont des lieux quotidiens où les enfants peuvent établir des relations de confiance, recevoir des conseils et développer des stratégies d'adaptation. Une approche tenant compte des traumatismes dans le cadre scolaire permet aux enseignants et aux conseillers de réagir avec empathie, aidant ainsi les enfants à se sentir compris et en sécurité. Le soutien s'étend également au-delà de la salle de classe, à travers des activités extrascolaires telles que le sport et les arts. Les animateurs, tels que les entraîneurs, peuvent offrir aux enfants des occasions de s'exprimer, de renforcer leur confiance et de nouer des relations positives. Ces adultes deviennent souvent des figures de confiance qui donnent l'exemple d'un comportement sain et fournissent une structure en dehors du milieu scolaire.

Les services sociaux et les professionnels de la santé sont essentiels pour relever les défis émotionnels et environnementaux plus profonds. Les travailleurs sociaux, les thérapeutes et les professionnels de la santé aident les familles à surmonter les traumatismes, à accéder aux ressources et à mettre en place des facteurs de protection. Leur implication est particulièrement cruciale lorsque les enfants sont confrontés à l'adversité à la maison ou dans leur communauté.

Lorsque ces systèmes de soutien font défaut ou ne répondent pas de manière appropriée, les conséquences peuvent être graves. Les enfants peuvent souffrir de stress chronique, de troubles de la mémoire, d'épuisement émotionnel, d'une baisse de la fréquentation scolaire, de mauvais résultats scolaires et même d'un risque accru d'être impliqués dans le système judiciaire pénal. Les environnements qui ignorent ou stigmatisent les symptômes d'un enfant peuvent aggraver le traumatisme et isoler à la fois l'enfant et sa famille.

Pour contrer ces effets, il est essentiel d'investir dans la formation et l'adoption d'une approche tenant compte des traumatismes dans tous les rôles de soutien. Cette approche contribue à rééquilibrer les rapports de force entre les familles et les professionnels, qu'il s'agisse d'éducateurs, de travailleurs sociaux ou de prestataires de soins, et favorise la confiance entre les adultes. Lorsque les adultes travaillent ensemble avec empathie et compréhension, ils créent un réseau de protection qui favorise la guérison, la résilience et le bien-être à long terme de chaque enfant.

Chapitre 4 : Importance de la communication

Cette section présente une exploration de **l'importance de la communication concernant les traumatismes**, classée par stade de développement, suivie de **stratégies de communication** pour chaque groupe d'âge.

Importance de la communication concernant les traumatismes

Les traumatismes, en particulier ceux subis pendant l'enfance ou l'adolescence, peuvent avoir un impact significatif sur le développement émotionnel, cognitif et social. Une communication ouverte et sensible joue un rôle essentiel pour aider les enfants à surmonter les événements traumatisants, réduire leur anxiété, rétablir leur sentiment de sécurité et favoriser leur bien-être mental à long terme.

La communication joue un rôle crucial pour aider les individus à surmonter et à guérir d'un traumatisme. Lorsque le traumatisme n'est pas abordé, les enfants et les adultes peuvent se sentir isolés, confus ou responsables de ce qui s'est passé. Une communication ouverte et encourageante réduit ces malentendus néfastes en apportant clarté et réconfort. Elle permet aux individus de nommer et d'exprimer leurs émotions, ce qui est essentiel pour réguler leurs émotions et donner un sens à des expériences bouleversantes. Grâce à un dialogue honnête et cohérent, un sentiment de sécurité et de confiance s'instaure, montrant à l'individu qu'il n'est pas seul et que des adultes ou des aidants fiables sont présents pour le soutenir.

La communication aide également à intégrer l'expérience traumatisante dans une compréhension plus large du monde, la rendant moins chaotique et plus gérable. Elle offre la possibilité de remettre en question le sentiment de culpabilité, d'affronter ses peurs et d'apprendre des stratégies d'adaptation saines telles que les techniques d'ancrage, la résolution de problèmes ou la recherche d'un soutien social. En outre, en encourageant l'expression et la validation, la communication favorise la résilience et renforce les relations, deux éléments clés du rétablissement d'une personne. Dans l'ensemble, la communication est un outil fondamental qui favorise la guérison émotionnelle, rétablit le sentiment de sécurité et donne aux individus les moyens d'aller de l'avant après un traumatisme.

Chaque stade de développement présente des capacités cognitives et émotionnelles uniques, ce qui rend essentielles **des stratégies de communication adaptées à l'âge**. Voici une ventilation par niveau de développement :

4.1 Stratégies de communication à l'âge préscolaire (3 à 5 ans)

Stade de développement et caractéristiques	Importance de la communication	Stratégies efficaces
Maternelle (3 à 5 ans)		
<ul style="list-style-type: none"> • Pensée égocentrique ; compréhension limitée des relations de cause à effet • S'exprimer par le jeu, pas toujours par le langage • Besoin d'attachement fort ; grande sensibilité aux émotions des personnes qui s'occupent d'eux 	<ul style="list-style-type: none"> • Empêche l'intériorisation de la culpabilité ou de la confusion • Établit un sentiment de sécurité et une routine • Aide à nommer les émotions qu'ils ne comprennent pas forcément 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un langage simple et concret • Communication ludique (poupées, dessins, contes) • Nommer les émotions • Rassurer par la routine • Utiliser des livres ou des supports visuels thérapeutiques

4.2 Stratégies de communication chez les enfants d'âge scolaire (6 à 8 ans)

Stade de développement et caractéristiques	Importance de la communication	Stratégies efficaces
Enfants d'âge scolaire (6 à 8 ans)		
<ul style="list-style-type: none"> • Commencer à comprendre le point de vue des autres • Amélioration des compétences verbales et curiosité accrue • Pensée encore concrète, mais plus logique 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à corriger les croyances erronées liées au traumatisme (par exemple, le sentiment de culpabilité) • Encourage l'intelligence émotionnelle et renforce la résilience • Apporte une validation émotionnelle pendant les années formatrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Encourage les questions et apporte des réponses honnêtes et claires • Normalise les sentiments (colère, tristesse, confusion) • Utiliser des métaphores ou des supports visuels (thermomètre des sentiments, bocaux à soucis) • Racontez des histoires ou tenez un journal

		<ul style="list-style-type: none"> • Communication cohérente avec les personnes qui s'occupent de l'enfant
--	--	---

4.3 Stratégies de communication pendant le milieu de l'enfance (9 à 11 ans)

Stade de développement et caractéristiques	Importance de la communication	Stratégies efficaces
Enfance moyenne (9 à 11 ans) <ul style="list-style-type: none"> • Capacités de raisonnement plus avancées et conscience des règles sociales • Préoccupation accrue pour l'équité et la moralité • Développement de la capacité à réfléchir sur ses expériences intérieures 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à surmonter les traumatismes sur le plan cognitif et émotionnel • Réduit l'isolement et favorise le développement d'une identité saine • Renforce la confiance envers les adultes en tant qu'alliés émotionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des questions ouvertes (par exemple, « Quelle a été la partie la plus difficile de cette journée pour toi ? ») • Valider et refléter les sentiments • Initiez-le aux techniques de résolution de problèmes et d'adaptation • Encouragez le soutien social de la part des pairs ou des adultes • Abordez directement la culpabilité ou la honte

4.4 Stratégies de communication à l'adolescence (12 à 18 ans)

Stade de développement et caractéristiques	Importance de la communication	Stratégies efficaces
Adolescence (12 à 18 ans) <ul style="list-style-type: none"> • Apparition de la pensée abstraite et du raisonnement moral • Accent mis sur l'identité, 	<ul style="list-style-type: none"> • Empêche la répression ou les mécanismes d'adaptation inadaptés (p. ex. automutilation, consommation de substances) 	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute sans jugement : privilégiez l'écoute plutôt que les conseils ; reflétez et affirmez leur point de vue. • Respectez son autonomie : permettez-lui de participer à

<p>l'indépendance et les relations avec les pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensible au jugement, peut résister à l'intervention des adultes 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforce la régulation émotionnelle et la compréhension de soi • Crée des voies pour demander de l'aide sans stigmatisation 	<p>la conversation ou au processus thérapeutique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des exemples de pairs ou l'éducation aux médias : discuter des représentations du traumatisme dans les livres, les films ou les médias sociaux pour ouvrir le dialogue. • Faciliter l'accès aux ressources en santé mentale : proposer des choix - conseiller scolaire, thérapeute, groupes de soutien. • Montrez l'exemple en matière de vulnérabilité et de résilience : les adultes qui partagent des histoires appropriées sur leurs difficultés émotionnelles peuvent réduire le sentiment d'isolement.
--	--	---

Points clés

La communication sur les traumatismes doit être **intentionnelle, adaptée à l'âge et en phase avec les émotions**. Les enfants traitent les traumatismes non seulement à travers ce qui est dit, mais aussi à travers **la manière dont cela est dit** et la **sécurité relationnelle** qu'ils ressentent. En adaptant la communication à leur stade de développement, les aidants et les professionnels peuvent considérablement favoriser la guérison, promouvoir la résilience et prévenir les effets à long terme des traumatismes non résolus.

Chapitre 5 : Acquisition de compétences relationnelles et gestion des conflits

Les pratiques tenant compte des traumatismes sont particulièrement importantes pour les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents qui travaillent avec des enfants et des jeunes touchés par des traumatismes. L'acquisition de compétences relationnelles et la maîtrise des techniques de gestion des conflits sont essentielles pour créer un environnement sûr et favorable qui favorise la guérison et la croissance. Ce chapitre examine de plus près la nature des conflits dans le contexte des traumatismes, les déclencheurs de conflits, les stratégies de communication et les approches pratiques de gestion des conflits.

5.1 Les conflits font partie intégrante de notre vie

Les conflits sont une partie inévitable et naturelle des relations humaines, en particulier dans les environnements impliquant des enfants traumatisés. Les traumatismes peuvent perturber la régulation émotionnelle, la concentration et les compétences sociales, augmentant ainsi le risque de malentendus et de disputes. Reconnaître que les conflits sont normaux et souvent le symptôme d'une détresse émotionnelle plus profonde aide les enseignants et les parents à réagir de manière constructive plutôt que répressive.

Lorsque nous traitons des conflits avec des enfants traumatisés, nous devons créer un espace sûr, être présents et communiquer ouvertement.

Pour les enfants ou les jeunes ayant un passé traumatisant, les conflits peuvent découler d'un sentiment d'insécurité, de méfiance ou d'une perception de menace pour leur sécurité, et ne sont pas simplement des problèmes de comportement ou des besoins non satisfaits. Comprendre cela permet de passer du blâme au soutien et de créer un environnement dans lequel les individus se sentent en sécurité pour exprimer leurs sentiments et surmonter leurs difficultés.

5.2 Déclencheurs liés au conflit

Les survivants de traumatismes sont souvent extrêmement sensibles à certains stimuli ou situations qui peuvent agir comme des déclencheurs et provoquer des réactions émotionnelles ou comportementales intenses. Ces déclencheurs peuvent varier considérablement d'un enfant à l'autre et d'un adolescent à l'autre, par exemple en fonction de l'âge, mais ils peuvent également être subtils, comme l'utilisation de certains mots, tons, langages corporels ou indices environnementaux qui leur rappellent des expériences traumatisantes passées. Il est essentiel de reconnaître ces déclencheurs pour éviter l'escalade des situations conflictuelles.

Les traumatismes se manifestent souvent sur le plan psychosomatique, que ce soit par diverses douleurs chroniques ou des problèmes immunitaires, qui peuvent à leur tour être liés au bien-être émotionnel. Parfois, les symptômes physiques peuvent être un indice permettant d'identifier qu'un traumatisme quelconque s'est produit.

Tranche d'âge	Déclencheurs
Enfants d'âge préscolaire	Bruit soudain, douleur ou inconfort, cauchemars, activités répétitives, dessins, lieux ou personnes qui rappellent quelque chose à l'enfant, consciemment ou inconsciemment.
Écoliers	Stimuli externes ou internes, tels que les odeurs, les sons, les images, les personnes, les lieux ou même les émotions, les flashbacks
Adolescents	Conflits, isolement, réseaux sociaux, images, sons, odeurs ou situations externes, et pensées, émotions ou sensations physiques internes qui rappellent des souvenirs de l'événement traumatisant

Les déclencheurs peuvent activer **des réactions de lutte, de fuite ou de paralysie**, qui sont des réactions à un danger perçu, activées par le système nerveux pour aider la personne à faire face à un problème ou à une situation. Elles peuvent sembler inappropriées et conduisent souvent à des malentendus ou à des comportements défensifs lors de conflits entre adultes, enfants et jeunes. Par exemple, une voix forte ou une critique perçue comme telle peut amener un jeune victime d'un traumatisme à se replier sur lui-même ou à réagir de manière agressive, non pas en raison de la situation actuelle, mais en raison d'associations avec un événement traumatisant du passé. Une pratique professionnelle tenant compte des traumatismes peut aider les professionnels à aborder les conflits avec plus de conscience, de patience et d'empathie.

La création d'un environnement sûr, caractérisé par des limites claires, une communication respectueuse et des possibilités de régulation des émotions, est essentielle pour atténuer l'impact des déclencheurs. Les médiateurs et les éducateurs peuvent utiliser **des outils de dépistage des traumatismes** (Questionnaire bref sur les traumatismes (BTQ), Dépistage global des traumatismes psychologiques (GPS) ou ACE - un outil permettant d'identifier l'étendue et le type de traumatisme - Expériences négatives de l'enfance) pour identifier les déclencheurs potentiels et adapter leurs réponses en conséquence. Donner aux individus les moyens d'agir en reconnaissant leurs expériences, en validant leurs émotions et en leur offrant des choix dans les situations où les jeunes sont en proie à une surcharge émotionnelle ou à un sentiment d'impuissance contribue à restaurer un sentiment de contrôle souvent affaibli par les traumatismes.

5.3 Résolution des conflits et stratégies de communication en situation de conflit

La résolution des conflits dans un environnement tenant compte des traumatismes nécessite des stratégies de communication qui privilégient la sécurité, l'empathie et l'autonomisation. La première étape consiste à établir un cadre de base qui définit des attentes claires en matière de dialogue respectueux et de compréhension mutuelle dans les interactions. La communication doit être calme, sans jugement et affirmer la compréhension afin d'éviter de déclencher des réactions défensives.

L'écoute active est extrêmement importante. Elle consiste à permettre aux individus d'exprimer pleinement leurs sentiments sans les interrompre, à utiliser des reconnaissances verbales pour valider leur point de vue et à réfléchir ou paraphraser pour clarifier la compréhension. Valider les émotions, même si vous n'êtes pas d'accord avec la façon dont elles s'expriment à travers un comportement physique (casser une chaise sous l'effet de la colère), aide à soulager la tension, renforce la confiance et peut créer un espace pour corriger le comportement à l'avenir. Exemple : la prochaine fois que vous vous mettez en colère, essayez de frapper un oreiller, car nous ne cassons pas les objets.

Soutenir la régulation émotionnelle grâce à **des techniques d'ancrage**, qui servent à détourner l'attention et l'énergie des pensées et des émotions vers les sensations corporelles, aide à empêcher les émotions de s'intensifier. Cela permet à toutes les parties concernées de rester plus calmes lors de conversations difficiles. Par exemple, en concentrant brièvement son attention sur la sensation de gravité dans notre corps, en prenant brièvement conscience de nos cinq sens ou en prêtant attention à notre respiration. La recherche conjointe de solutions responsabilise les individus en leur donnant un sentiment d'implication, rétablissant ainsi leur capacité d'agir, souvent perturbée par un traumatisme.

Les pratiques restauratives qui mettent l'accent sur la réparation des relations et la responsabilité partagée sont également importantes, car elles favorisent la guérison au-delà de la simple résolution des conflits. Les plans de suivi garantissent le respect des engagements et offrent la possibilité de traiter les problèmes résiduels. Un outil clé de la pratique restaurative est le cercle restauratif, qui consiste à créer un environnement sûr et sans jugement qui encourage la participation, le partage des vulnérabilités et des forces, et la réflexion sur la résonance émotionnelle déclenchée pendant le conflit (Macbeth, Fine, Broadwood, Haslam, & Pitcher, 2011).

Une pratique efficace tenant compte des traumatismes consiste à créer un environnement prévisible, calme et structuré qui réduit l'anxiété et favorise les interactions positives. La cohérence, des attentes claires et la résolution collaborative des problèmes réduisent la fréquence et l'intensité des conflits. Un autre élément important consiste à reconnaître

l'importance des relations et de la sécurité émotionnelle comme fondements de l'apprentissage et de la croissance.

Lorsque l'on travaille avec des enfants d'âge préscolaire, des écoliers et des adolescents, l'une des choses les plus importantes à leur offrir est **une structure** dans leur vie quotidienne. Il en résultera une meilleure régulation et un meilleur traitement de leurs émotions. Des techniques de relaxation simples, telles que des exercices de respiration, des images guidées et des techniques de thérapie expressive, peuvent également aider ces enfants.

Il existe plusieurs principes de base qui pourraient aider à résoudre les conflits entre les adultes et les jeunes. Si nous voulons résoudre les différends de manière équitable, nous devons surmonter les différences et les malentendus sans hostilité.

- Le principe du conflit équitable consiste à trouver une solution, en évitant toute communication agressive avec l'autre partie ou en essayant de gagner à tout prix.
- Chacun doit écouter l'autre, résumer ce qu'il pense avoir entendu et vérifier qu'il a bien compris ce qui a été dit.
- Il vaut mieux traiter un problème à la fois plutôt que de « monter un dossier » avec une liste de plaintes passées.
- Limitez la conversation à environ 30 minutes. Si vous ne parvenez pas à résoudre le problème dans ce laps de temps, prévoyez un autre moment pour poursuivre la discussion.
- Formulez clairement le problème, sans accusations personnelles. Par exemple : « Je suis préoccupé lorsque... » ou « J'aimerais vous parler de ce qui s'est passé ce matin ». Faites référence à la situation spécifique, ne généralisez pas – n'utilisez pas de mots tels que « toujours » ou « jamais » ; évitez les commentaires évaluatifs tels que « Vous êtes comme ci ou comme ça » ; utilisez des phrases commençant par « Je » – « Je me sens comme ça quand vous faites ceci ou cela ».
- Parlez et écoutez à tour de rôle, sans soupir impatient ni geste de frustration.

Les conflits avec un jeune enfant sont plus difficiles à gérer, car plus ils sont jeunes, moins ils sont capables de réguler efficacement leurs émotions, et les traumatismes réduisent encore davantage cette capacité. Ils acquièrent cette compétence en imitant leur entourage, en particulier leurs principaux aidants ou d'autres figures importantes dans leur vie. Nous entendons par **régulation émotionnelle (RE)** la capacité à reconnaître, évaluer, modifier et gérer ses émotions d'une manière personnelle et socialement acceptable afin de maintenir un contrôle mental sur les sentiments forts et d'atteindre un fonctionnement adaptatif. **La dérégulation émotionnelle (DE)** est un concept transdiagnostique défini comme l'incapacité à réguler l'intensité et la qualité des émotions (telles que la peur, la colère, la tristesse) afin de susciter une réponse émotionnelle appropriée, de gérer l'excitation, l'instabilité de l'humeur et les réactions émotionnelles excessives, et d'atteindre un équilibre émotionnel. C'est précisément sur cet aspect de la gestion des émotions dans le cadre d'un traumatisme que les enfants et les jeunes ont besoin d'aide.

5.4 Stratégies de gestion des conflits

Les stratégies de gestion des conflits tenant compte des traumatismes intègrent une compréhension de l'impact des traumatismes et des outils pratiques pour prévenir et résoudre efficacement les conflits (Carter et al., 2022). Les principales stratégies sont les suivantes

- **Créer un espace sûr** : établir un environnement où les individus se sentent en sécurité physiquement et émotionnellement, avec des règles claires et des possibilités de pause.
- **Établir la confiance et de bonnes relations** : faire preuve d'empathie, de transparence et d'écoute active pour établir des relations qui réduisent la peur et la défensive.
- **Dépister et adapter les approches** : identifier rapidement les symptômes de traumatisme et adapter les techniques de gestion des conflits aux besoins individuels.
- **Autonomisation par le choix** : encourager l'autonomie et offrir des choix pendant la résolution des conflits afin de rétablir le contrôle.
- **Faire preuve de patience et de flexibilité** : permettre au processus de se dérouler à un rythme qui convient à toutes les parties et tenir compte des fluctuations émotionnelles.
- **Coaching et formation en matière de conflits** : proposez un coaching individuel ou en groupe pour développer les compétences personnelles en matière de gestion des conflits, notamment par des jeux de rôle et une psychoéducation basée sur la psychologie des traumatismes.
- **Processus restauratifs** : faciliter les dialogues qui impliquent une guérison collective et abordent des questions sociales ou structurelles plus larges liées au traumatisme.
- **Résolution collaborative des problèmes** : impliquer toutes les parties dans la recherche de solutions mutuellement acceptables qui mettent l'accent sur les points forts et les besoins.

Combinées, ces stratégies permettent aux enseignants, aux animateurs socio-éducatifs et aux parents de résoudre les conflits de manière constructive tout en favorisant le bien-être émotionnel des personnes touchées par un traumatisme.

Ce chapitre souligne que l'acquisition de compétences non techniques telles que l'empathie, l'écoute active, la régulation des émotions et la résolution collaborative des problèmes est essentielle pour une gestion efficace des conflits tenant compte des traumatismes. En comprenant les déclencheurs, en normalisant les conflits, en utilisant une communication sensible aux traumatismes et en employant des stratégies de gestion des conflits adaptées, les professionnels peuvent créer un environnement qui favorise la guérison et les relations positives.

Chapitre 6 : Principes de réduction du stress dans les milieux des services

Travailler avec des enfants qui ont subi un traumatisme nécessite non seulement de la patience et de la compassion, mais aussi la création d'un environnement calme, prévisible et favorable. Les enfants qui portent en eux des souvenirs traumatisants sont particulièrement sensibles aux facteurs de stress dans leur vie quotidienne. Le stress dans les lieux de service, que ce soit à l'école, dans les organisations de jeunesse ou à la maison, peut rapidement s'intensifier et renforcer les sentiments de peur, d'insécurité et d'impuissance. De petits déclencheurs tels que des bruits forts, des disputes, des changements soudains dans la routine ou même des rappels d'expériences passées peuvent amener un enfant à se sentir en insécurité, même en l'absence de danger réel.

Les enseignants, les animateurs et les parents jouent donc un rôle crucial. Ils sont souvent les **premiers à apporter leur soutien** lorsque les enfants sont dépassés. La manière dont les adultes réagissent dans ces moments critiques peut soit intensifier la détresse, soit aider à rétablir un sentiment de sécurité et de stabilité. Un adulte qui sait agir calmement, rassurer et guider les enfants grâce à des techniques d'adaptation efficaces peut empêcher une nouvelle escalade et aider les enfants à reprendre le contrôle de leurs émotions.

Réduire le stress ne consiste pas seulement à « gérer les crises ». Il s'agit également de créer des conditions quotidiennes dans lesquelles les enfants se sentent en sécurité et compris, afin que les crises soient moins fréquentes. Les adultes peuvent mettre en place des routines réduisant le stress, développer les capacités d'adaptation des enfants et favoriser leur résilience au fil du temps.

Ce chapitre présente les principes clés et les techniques pratiques permettant de réduire le stress dans le cadre des services. Il combine **une compréhension théorique** et **des stratégies concrètes** pouvant être appliquées dans la pratique quotidienne.

6.1 Comment agir en cas de crise psychologique chez les enfants

Une crise psychologique est une situation dans laquelle un enfant se sent submergé par le stress, la peur ou des émotions qu'il ne peut pas contrôler. Les crises peuvent survenir soudainement et de manière inattendue, et l'enfant peut réagir par des pleurs, un repli sur soi, de la panique, de l'agressivité ou une dissociation. Ces réactions ne sont pas des signes de désobéissance ou d'entêtement, mais des réactions de survie de l'enfant.

Les déclencheurs possibles d'une crise sont les suivants :

- Souvenirs soudains d'un traumatisme passé (une odeur, un son, une phrase).
- Les bruits forts tels que les cris, les alarmes ou les claquements de porte.
- Les conflits avec des pairs ou des adultes.
- Changements inattendus dans la routine, comme l'annulation d'une activité ou le remplacement d'un enseignant.
- Les menaces perçues, même si elles ne sont pas réelles.

Dans de tels moments, les enfants ne sont pas capables de penser logiquement. Leur cerveau passe en mode « combat, fuite ou paralysie », ce qui rend difficile l'écoute, le raisonnement ou le suivi des instructions. Les adultes ne doivent pas s'attendre à obtenir immédiatement des explications ou de la coopération. L'objectif est plutôt de **stabiliser la situation et de rétablir un sentiment de sécurité**.

Principes fondamentaux pour les adultes en situation de crise (Trauma-informed Oregon, 2020) :

1. **Restez calme et serein**

Les enfants reflètent souvent les émotions des adultes. Si un adulte panique, crie ou agit de manière imprévisible, le stress de l'enfant s'intensifie. Une présence calme communique un sentiment de sécurité et de stabilité. Les adultes doivent adopter des mouvements lents et réguliers, un ton de voix doux et un langage corporel patient. Même le silence, lorsqu'il est associé à une présence rassurante, peut contribuer à réduire la tension.

2. **Assurez-vous d'abord de la sécurité**

Avant de vous occuper des émotions, vérifiez l'environnement. L'enfant risque-t-il de se blesser ou de blesser autrui ? Y a-t-il des dangers extérieurs ? Éliminez les stimuli déclencheurs tels que la musique forte, les objets tranchants ou les camarades agressifs. Il peut parfois être utile de se déplacer vers un endroit plus calme et moins stimulant.

3. **Reconnaissez les sentiments sans les juger**

Les enfants ont besoin de se sentir vus et compris. Au lieu de rejeter leurs émotions (« Ne pleure pas » ou « Ce n'est rien »), reconnaissez-les : « *Je vois que tu es très bouleversé en ce moment. Je suis là avec toi.* » Cette validation rassure l'enfant sur le fait que ses émotions sont réelles et acceptables.

4. **Évitez les questions excessives**

En situation de crise, les enfants sont souvent incapables d'expliquer ce qui se passe. Leur demander « Pourquoi fais-tu cela ? » peut leur donner l'impression d'être sous pression et incompris. Concentrez-vous d'abord sur le calme. Plus tard, une fois que l'enfant se sera remis, vous pourrez explorer en douceur ce qui a déclenché sa réaction.

5. **Donnez des instructions simples, claires et courtes**

Lorsque le stress est élevé, le cerveau a moins de capacité à traiter un langage complexe. Des phrases courtes et calmes telles que « *Assieds-toi avec moi* » ou « *Respire lentement* » sont plus efficaces que de longues explications.

6. **Offrez votre présence et donnez le choix**

Rester à proximité (sans forcer le contact) rassure l'enfant. Lui offrir de petits choix lui redonne un sentiment de contrôle : « *Veux-tu t'asseoir sur la chaise ou par terre ?* » Même les petites décisions peuvent réduire le sentiment d'impuissance.

7. **Soyez patient**

Les crises prennent souvent du temps à se résoudre. Les enfants peuvent se calmer lentement, et les presser peut avoir l'effet inverse. Laissez-les se remettre à leur rythme tout en restant présent pour les soutenir.

6.2 **Technique de contrôle de la respiration (respiration diaphragmatique ou abdominale) avec les enfants**

Les exercices de respiration comptent parmi les outils les plus simples et les plus efficaces pour réduire le stress (Trauma-informed Oregon, 2020). Les traumatismes provoquent souvent chez les enfants une respiration rapide et superficielle, qui maintient leur corps dans un état d'alerte et de panique. En apprenant aux enfants à ralentir et à contrôler leur respiration, on active le **système nerveux parasympathique**, qui aide le corps à se détendre.

Comment enseigner la respiration diaphragmatique :

1. **Expliquez-le simplement**

Utilisez un langage adapté aux enfants. Par exemple : « *Lorsque nous respirons lentement, notre corps se sent à nouveau en sécurité. Entraînons-nous ensemble.* »

2. **Faites une démonstration**

Placez une main sur votre ventre et une autre sur votre poitrine. Montrez comment le ventre se soulève et s'abaisse lorsque vous respirez profondément, tandis que la poitrine reste pratiquement immobile.

3. **Pratiquez ensemble**

- Inspirez lentement par le nez pendant 3 à 4 secondes.
- Retenez votre souffle pendant 1 à 2 secondes.
- Expirez doucement par la bouche pendant 4 à 5 secondes.

Encouragez l'enfant à imaginer qu'il souffle des bougies, gonfle un ballon ou envoie une plume flotter doucement dans les airs.

4. **Rendez l'exercice ludique**

Pour les jeunes enfants, transformez l'exercice en jeu : souffler des bulles, faire semblant d'être un dragon endormi ou placer une peluche sur leur ventre pour la voir monter et descendre.

5. **Répétez et normalisez**

Une seule séance ne suffit pas. De courtes séances quotidiennes (1 à 2 minutes) aident les enfants à en faire une habitude naturelle. Avec le temps, ils pourront l'utiliser de manière autonome dans des situations stressantes.

6. **Adaptez-vous à l'âge et aux capacités**

Les enfants plus âgés peuvent compter leurs respirations, tandis que les plus jeunes préféreront peut-être des aides visuelles ou imaginatives. Adaptez toujours l'exercice au niveau de développement de l'enfant.

6.3 **Pleine conscience : se concentrer sur le moment présent avec les enfants**

Les enfants traumatisés vivent souvent dans un état **d'hypervigilance**, à l'affût constant du danger. Il leur est donc difficile de se détendre, de se concentrer ou de profiter du moment présent. Les techniques de pleine conscience aident à recentrer l'attention sur « l'ici et maintenant », réduisant ainsi l'anxiété et créant un sentiment de calme.

Techniques de base de pleine conscience pour les milieux de services :

1. **Ancrage par les sens**

Guidez les enfants pour qu'ils remarquent leur environnement :

- 5 choses qu'ils peuvent voir
- 4 choses qu'ils peuvent toucher
- 3 choses qu'ils peuvent entendre
- 2 choses qu'ils peuvent sentir
- 1 chose qu'ils peuvent goûter

Cet ancrage sensoriel les relie au présent et interrompt les spirales de la peur.

2. **Écoute attentive**

Faites sonner une cloche ou un carillon. Demandez à l'enfant de lever la main lorsque le son s'estompe. Ce jeu simple favorise la concentration et le calme.

3. **Scan corporel pour la relaxation**

Avec des mots doux, guidez les enfants pour qu'ils prennent conscience de leur corps étape par étape : « *Sentez vos pieds sur le sol... vos mains posées sur vos genoux... vos épaules qui se détendent.* » Cela réduit la tension et renforce le sentiment de sécurité.

4. **Mouvement conscient**

Les enfants peuvent avoir du mal à rester assis sans bouger. Des étirements simples, une marche lente ou des mouvements ludiques pour « secouer le stress » peuvent les aider à renouer avec leur corps de manière positive.

6.4 Favoriser la concentration : stratégies simples avec les enfants

Parfois, les enfants sont « prisonniers » de pensées intrusives ou d'émotions envahissantes. Les aider à changer de centre d'attention peut rapidement briser le cycle de la panique (Malchiodi, 2008).

Voici quelques techniques pour favoriser la concentration :

- **Jeux de comptage** : compter à rebours à partir de 10, trouver 3 objets bleus dans la pièce ou battre un rythme que l'enfant doit répéter.
- **Tâches de mémoire ou de distraction** : poser des questions amusantes telles que « *Nomme trois animaux qui vivent dans la mer* » ou « *Quel est ton plat préféré ?* ».
- **Ancrage d'objets** : donnez à l'enfant une balle anti-stress, un jouet anti-stress ou une pierre lisse. Demandez-lui de la tenir, de la serrer ou de décrire sa texture.
- **Visualisation positive** : guidez-le pour qu'il imagine un endroit sûr (une plage, un jardin, une pièce confortable). Demandez-lui ce qu'il voit, entend ou ressent dans cet endroit.

Ces interventions n'éliminent pas immédiatement le stress, mais elles créent un « pont » qui aide l'enfant à passer de la panique au calme.

6.5 Stratégies créatives

La créativité offre aux enfants des moyens sûrs et non verbaux d'exprimer des sentiments qui peuvent être trop difficiles à mettre en mots. Ces activités peuvent être très efficaces, car elles permettent la liberté, l'imagination et le contrôle dans un espace sûr (Malchiodi, 2008).

Exemples de stratégies créatives :

1. Dessiner et colorier

Invitez l'enfant à « dessiner ce à quoi ressemblent ses sentiments » ou à « dessiner un endroit où il se sent en sécurité ». L'art permet de prendre de la distance tout en exprimant ses émotions.

2. Récits et jeux de rôle

Les marionnettes, les poupées ou les jouets peuvent servir à mettre en scène des histoires. Grâce aux jeux de rôle, les enfants peuvent assimiler les événements de manière sûre et imaginative.

3. Musique et rythme

Chanter, applaudir ou jouer du tambour permet de libérer physiquement le stress. La musique peut également changer l'humeur et rétablir l'équilibre émotionnel.

4. **Mouvement et danse**

Encouragez les mouvements ludiques : « *Marche comme un ours, vole comme un oiseau, marche sur la pointe des pieds comme un chat.* » L'activité physique libère les hormones de stress accumulées.

5. **Écriture ou journal intime (pour les enfants plus âgés)**

De courts textes de réflexion, même des phrases inachevées comme « *Aujourd'hui, je me sens...* », peuvent structurer des émotions envahissantes.

Les enfants qui bénéficient d'une plus grande liberté créative ont tendance à se sentir plus maîtres d'eux-mêmes et plus résilients.

6.6 Une fois la crise passée avec les enfants

Le soutien ne s'arrête pas une fois que la crise s'est calmée. La période qui suit est tout aussi importante pour la guérison et l'apprentissage (Malchiodi, 2008).

Étapes après la crise:

1. **Reprise des routines normales**

La prévisibilité et la structure rassurent les enfants. Reprenez les activités quotidiennes dès que possible, mais restez flexible si l'enfant se sent encore perturbé.

2. **Proposez un débriefing adapté à l'âge**

Invitez-le gentiment à réfléchir : « *Qu'est-ce qui t'a aidé à te sentir plus calme ?* » ou « *Aimeriez-vous dessiner ce qui s'est passé ?* » Ne forcez jamais un enfant à parler s'il résiste.

3. **Renforcez ses points forts**

Célébrez les efforts d'adaptation : « *Tu as très bien réussi à utiliser ta respiration.* » Cela renforce la confiance en soi pour l'avenir.

4. **Surveillez les signes de détresse persistante**

Surveillez les signes persistants tels que les troubles du sommeil, la régression, le repli sur soi ou l'agressivité. Si les problèmes persistent, demandez l'aide d'un professionnel.

5. **Prendre soin de soi pour les adultes**

Les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents doivent également prendre soin d'eux-mêmes. Après une crise, partagez vos sentiments avec vos collègues ou vos pairs. Cela permet d'éviter l'épuisement professionnel et les traumatismes secondaires.

6.7 Points clés

- La réduction du stress est plus efficace lorsqu'**elle est intégrée au quotidien**, et pas seulement en cas d'urgence.
- **La présence calme d'un adulte** est le meilleur outil pour aider les enfants à réguler leurs émotions.
- Des méthodes simples (respiration, pleine conscience, jeux de concentration, créativité) apportent à la fois **un soulagement immédiat** et **des compétences d'adaptation à long terme**.
- Après une crise, le retour à **la routine, le renforcement des points forts et l'observation attentive** favorisent le rétablissement continu.
- Les adultes ont eux aussi besoin de **prendre soin d'eux-mêmes** pour rester résilients et efficaces dans leur rôle de soignants.

Chapitre 7 : Améliorer la conscience de soi et la perception de soi chez les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents

Travailler avec des enfants et des jeunes qui ont vécu un traumatisme nécessite plus que des connaissances professionnelles et des compétences techniques. Cela exige une conscience profonde de soi-même, de ses propres émotions, réactions, valeurs et limites. Les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents intègrent inévitablement leur histoire personnelle, leurs croyances et leurs états émotionnels dans leurs interactions. Si ceux-ci ne sont pas examinés, ils peuvent inconsciemment influencer les réactions de manière à favoriser ou à nuire au processus de guérison de l'enfant.

La conscience de soi et la perception de soi sont donc au cœur de la pratique tenant compte des traumatismes. Elles aident non seulement les adultes à rester ancrés et empathiques, mais les protègent également des risques de stress, d'épuisement et de traumatisme secondaire. Développer ces qualités est un processus continu qui nécessite de la réflexion, de l'ouverture d'esprit et des pratiques intentionnelles. Ce chapitre explore le rôle de la conscience de soi dans les soins tenant compte des traumatismes, son lien avec la résilience et l'importance de la perception de soi pour les adultes comme pour les enfants. Il offre également des conseils pratiques pour cultiver la réflexion et intégrer les soins personnels dans la vie quotidienne.

7.1 Les bases de la conscience de soi

La conscience de soi est la capacité à reconnaître et à comprendre ses propres émotions, pensées, valeurs et comportements. Elle sert de base à l'intelligence émotionnelle et est cruciale (pas seulement) pour les personnes engagées dans une pratique tenant compte des traumatismes. Elle permet aux adultes qui travaillent avec des enfants et des jeunes de vraiment répondre plutôt que de simplement réagir, maintenant ainsi une présence stable et solidaire.

Pour les professionnels et les parents, la conscience de soi permet de comprendre comment les expériences personnelles, les croyances et les émotions peuvent influencer les interactions avec les jeunes traumatisés. Elle favorise les pratiques réflexives qui leur permettent d'examiner leurs propres déclencheurs, leurs préjugés et leurs mécanismes d'adaptation. Cela est particulièrement important dans les soins tenant compte des traumatismes, où les malentendus, la projection de ses propres expériences ou les réactions émotionnelles incontrôlées peuvent involontairement nuire aux survivants de traumatismes (Siegel, 2012).

Le développement d'une base solide de conscience de soi est également une condition préalable à une empathie authentique. Lorsque les enseignants, les animateurs socio-éducatifs ou les parents comprennent leur propre état émotionnel, ils sont mieux à même de percevoir et d'interpréter les sentiments des autres sans jugement ni projection.

7.2 Cultiver la conscience de soi

Développer la conscience de soi est un processus dynamique et continu. Il implique des pratiques qui aident les individus à rester présents et réfléchitifs dans l'instant présent. Les méthodes clés comprennent les techniques de pleine conscience, la tenue d'un journal ou d'autres formes de réflexivité, telles que l'art, la supervision ou les discussions avec des collègues et les retours d'information.

La pleine conscience est une pratique qui aide les individus à observer leurs pensées et leurs émotions sans réaction immédiate ni jugement. Pour les enseignants et les animateurs socio-éducatifs, même de courts exercices quotidiens de pleine conscience peuvent améliorer l'attention, la régulation des émotions et l'apaisement interpersonnel (Kabat-Zinn, 2005).

La tenue d'un journal de réflexion aide à suivre les schémas émotionnels et les réactions face à des situations difficiles. Elle permet aux praticiens de remarquer les déclencheurs émotionnels récurrents, d'évaluer les réactions passées et de planifier des stratégies plus efficaces.

Une supervision régulière ou des discussions structurées avec des collègues ou d'autres parents peuvent apporter un regard extérieur sur le comportement d'un individu dans le contexte professionnel ou personnel, favoriser la responsabilisation et éliminer les angles morts (Fook & Gardner, 2007).

Les commentaires constructifs des collègues et des superviseurs favorisent la croissance et aident à identifier les domaines à améliorer ainsi qu'à reconnaître les points forts. Cultiver la conscience de soi nécessite également une culture de sécurité psychologique dans laquelle les individus se sentent soutenus dans leur exploration de soi.

7.3 L'importance de la conscience de soi dans la gestion des traumatismes

La conscience de soi est cruciale lorsqu'on travaille avec des enfants et des jeunes qui ont vécu un traumatisme. Ces personnes présentent souvent des réactions émotionnelles et comportementales complexes. Les adultes qui manquent de conscience de soi peuvent interpréter ces comportements à travers leurs propres filtres émotionnels, ce qui peut conduire à une erreur de jugement ou à un nouveau traumatisme pour le jeune.

Les enseignants et les parents doivent être conscients de la manière dont leur niveau de stress, leurs expériences traumatiques passées et leurs réactions émotionnelles affectent leurs interactions. Sans conscience de soi, un éducateur peut, par exemple, exprimer involontairement sa frustration en réponse à la dissociation, c'est-à-dire le comportement de retrait extérieur d'un enfant qui peut résulter d'une expérience traumatique.

De plus, l'exposition à un traumatisme peut entraîner **un traumatisme secondaire ou vicariant** chez les aidants. Le stress traumatique secondaire (STS) touche de nombreux professionnels et membres du personnel qui viennent en aide aux autres et qui sont indirectement exposés à des informations détaillées sur les expériences traumatiques d'autres personnes et à leurs symptômes de stress post-traumatique (Sprang, Ford, Kerig, Bride, 2018).

Il est essentiel de reconnaître les signes précurseurs tels que l'engourdissement émotionnel, l'irritabilité ou la fatigue pour prévenir l'épuisement professionnel et maintenir l'efficacité professionnelle et le bien-être/la prospérité personnelle (Figley, 1995). La conscience de soi aide les individus à surveiller et à réagir à leurs états émotionnels avant qu'ils n'aient un impact négatif sur leur travail ou leurs relations.

7.4 Relation entre la conscience de soi et la résilience

La résilience est la capacité à s'adapter positivement à l'adversité, et la conscience de soi est un facteur clé de cette capacité. En comprenant leurs réactions émotionnelles et cognitives, les individus peuvent mieux se réguler, prendre des décisions éclairées et conserver espoir et motivation dans des situations difficiles.

Des études montrent que la conscience de soi favorise la résilience grâce à une meilleure régulation émotionnelle, une résolution efficace des problèmes et des liens sociaux (Southwick & Charney, 2012). Les enseignants et les animateurs socio-éducatifs qui font preuve de résilience servent de modèles et montrent aux enfants comment surmonter les difficultés avec force et intégrité.

Les parents qui sont conscients de leurs propres besoins et limites sont plus enclins à fixer des limites saines et à demander de l'aide en cas de besoin. Cela les aide à conserver leur énergie et leurs ressources émotionnelles, ce qui les rend plus disponibles et plus réactifs aux besoins des enfants traumatisés.

7.5 Perception de soi et traumatisme

Les enfants victimes de traumatismes ont une perception négative et déformée d'eux-mêmes, de leur valeur, de leurs capacités et de leur identité. Ils peuvent intérioriser la culpabilité,

assumer la responsabilité des conséquences de la situation, se sentir impuissants ou se considérer comme indignes d'attention et de soins.

Il est important que les aidants et les professionnels comprennent cet impact du traumatisme. Les enfants traumatisés peuvent avoir du mal à accepter les compliments, refuser de faire confiance aux adultes ou adopter un comportement qui semble provocateur. En prenant conscience que ces comportements sont le reflet d'une perception de soi altérée plutôt que d'une attitude provocatrice, les adultes peuvent modifier leur réaction et passer d'une attitude punitive à une attitude de soutien (Herman, 1997).

Les expériences traumatisantes du passé peuvent continuer à influencer la vie adulte et la perception de soi, en particulier chez ceux qui n'ont pas surmonté ces expériences. Les enseignants et les parents peuvent inconsciemment reproduire les schémas de leur propre enfance s'ils ne consacrent pas suffisamment de temps à réfléchir à leur passé. Pour soutenir les enfants, les aidants doivent donc d'abord se pencher sur leur propre histoire et leur processus de guérison.

7.6 Soins de base pour les pratiques tenant compte des traumatismes chez les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents

Travailler avec des personnes traumatisées est émotionnellement exigeant. Les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents ont besoin de prendre régulièrement soin d'eux-mêmes afin de préserver leur santé mentale et leur efficacité. Prendre soin de soi n'est pas un luxe, mais une nécessité professionnelle et éthique dans un environnement sensible aux traumatismes (Team Training Manual, 2024).

Voici quelques pratiques efficaces en matière de soins personnels :

- **Une supervision ou un soutien régulier de la part des collègues et des parents** : offre un espace pour une évaluation et une réflexion approfondies.
- **Des limites** : le maintien de limites claires aide à prévenir l'épuisement émotionnel.
- **Soins physiques** : le sommeil, l'alimentation et l'exercice physique sont essentiels pour réguler les émotions.
- **Hygiène mentale dans le domaine des émotions** : des pratiques telles que la pleine conscience, l'expression créative ou la thérapie aident à gérer les émotions difficiles.
- **Connexion** : le soutien social et les relations étroites atténuent les effets du stress.

Les établissements d'enseignement et les familles doivent également soutenir les soins systématiques pour eux-mêmes et leur personnel en favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, en donnant accès à des ressources en matière de santé mentale et en encourageant une culture qui accepte la vulnérabilité et l'expression des émotions.

Des recherches confirment que les enseignants et les parents qui prennent soin d'eux-mêmes sont capables de créer un environnement émotionnellement sûr pour les enfants traumatisés (Neff & Germer, 2018). Donner la priorité à son propre bien-être mental n'est pas égoïste, c'est une condition préalable à un travail durable et efficace tenant compte des traumatismes.

Conclusion

Soutenir les enfants qui ont subi un traumatisme nécessite plus que des connaissances : cela exige une prise de conscience, de l'empathie et une responsabilité collective. Ces lignes directrices visent à traduire les connaissances scientifiques en outils pratiques qui permettent aux adultes de réagir avec sensibilité et confiance. Les réflexions finales suivantes soulignent pourquoi une sensibilisation continue aux traumatismes et la création de communautés résilientes et informées sur les traumatismes restent essentielles pour un changement durable.

La nécessité permanente de sensibiliser aux traumatismes

Le traumatisme n'est pas une expérience rare ou isolée, c'est une réalité omniprésente qui touche les enfants de tous les milieux sociaux, culturels et économiques. Qu'il résulte de la violence, de la négligence, de la perte, du déplacement ou du stress chronique, ses effets peuvent se répercuter tout au long du développement de l'enfant et jusqu'à l'âge adulte. Pour les enseignants, les animateurs socio-éducatifs et les parents, la sensibilisation aux traumatismes n'est donc pas une compétence facultative, mais une base essentielle pour une prise en charge, une éducation et un soutien efficaces.

En comprenant les signes et les conséquences des traumatismes, les adultes peuvent passer de la perception d'un « comportement problématique » à la reconnaissance de la douleur, de la peur ou des besoins non satisfaits qui se cachent derrière. Cette prise de conscience permet aux interactions quotidiennes, que ce soit en classe, dans un centre pour jeunes ou à la maison, de devenir des occasions de guérison plutôt que de retraumatisation. Un apprentissage, une réflexion et une collaboration continues sont nécessaires pour maintenir cet état d'esprit. La sensibilisation aux traumatismes n'est pas une formation ponctuelle, mais un engagement à vie à considérer les enfants avec compassion et connaissance de cause.

Alors que les sociétés sont confrontées à de nouveaux défis, tels que les migrations, les pandémies, les pressions numériques et les inégalités sociales, la nécessité d'une compréhension tenant compte des traumatismes ne fait que s'accroître. La sensibilisation aux traumatismes à tous les niveaux de l'éducation, de la politique et de la vie communautaire garantit qu'aucun enfant ne souffre sans être vu ou aidé.

Encourager la création de communautés résilientes et sensibilisées aux traumatismes

La création de communautés sensibilisées aux traumatismes commence par l'établissement de liens. Chaque adulte, qu'il soit enseignant, parent, animateur socio-éducatif ou voisin, a le

pouvoir de contribuer à la création d'environnements où la sécurité, la confiance et l'empathie guident les relations humaines. Les communautés résilientes n'éliminent pas l'adversité, mais elles créent les conditions permettant d'y faire face avec compréhension, coopération et bienveillance.

Cela signifie favoriser les réseaux qui relient les écoles, les familles, les services sociaux et les organisations locales dans une mission commune : reconnaître rapidement les traumatismes, y répondre avec sensibilité et renforcer les facteurs de protection dans la vie des enfants. Cela signifie également soutenir le bien-être de ceux qui prennent soin des autres – enseignants, animateurs socio-éducatifs et parents – en encourageant l'entraide, la prise en charge de soi et la réflexion professionnelle.

Une communauté sensibilisée aux traumatismes ne se construit pas du jour au lendemain. Elle se développe grâce à de petits gestes d'empathie constants : écouter sans juger, valider les émotions et offrir une stabilité dans les moments de détresse. Au fil du temps, ces actions tissent un réseau collectif de résilience qui protège les enfants, renforce les familles et redonne espoir.

Construire des communautés sensibilisées aux traumatismes, c'est aussi investir dans l'avenir. En favorisant aujourd'hui des environnements émotionnellement sûrs, nous contribuons à former des générations futures résilientes, des jeunes qui comprennent l'empathie, la littératie émotionnelle et le pouvoir des relations de soutien.

Lorsque nous nous engageons à sensibiliser aux traumatismes et à renforcer la résilience communautaire, nous affirmons une vérité simple mais puissante : la guérison ne se fait pas dans l'isolement, mais dans la relation. Ensemble, nous pouvons faire en sorte que chaque enfant ne soit pas confronté à la peur ou à l'incompréhension, mais à la sécurité, à la compassion et à la conviction que le rétablissement est possible.

Grâce aux ressources, aux outils de formation et aux supports numériques développés dans le cadre du projet *TIP for KIDS*, nous invitons chaque lecteur à participer à ce mouvement collectif en faveur de communautés plus sûres, plus compatissantes et sensibilisées aux traumatismes.

Le consortium *TIP for Kids* exprime sa gratitude à tous les éducateurs, parents et animateurs qui s'engagent chaque jour dans cette tâche. Votre engagement en faveur de la compréhension et de la compassion *rend possible le rétablissement durable des enfants à travers l'Europe*.

Chaque acte d'empathie est un acte de prévention. Chaque relation tenant compte des traumatismes est un pas vers la guérison.

Références

Chapter 1

Social Sciences Sources

Alderman, E. M., Breuner, C. C., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhy, K., Wallace, S. B., & Committee on Adolescence. (2019). Unique needs of the adolescent. *Pediatrics*, 144(6), e20193150. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3150>

Alessi, E. J., Cheung, S., Kahn, S., & Yu, M. (2021). A scoping review of the experiences of violence and abuse among sexual and gender minority migrants across the migration trajectory. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1339–1355. <https://doi.org/10.1177/15248380211043892>

Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based “standard of care”: A critical review. *Child Abuse & Neglect*, 119 (Pt. 1), Article 104762. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>

Chokshi, B., Pletcher, B. A., & Strait, J. S. (2021). A trauma-informed approach to the pediatric COVID-19 response. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 51(2), 100970. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2021.100970>

Christen-Schneider, C. (2025). *Trauma-Informed Restorative Dialogues: The Power of Community*. Taylor & Francis.

Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children’s wellbeing and adult behaviour. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>

Erikson, E. H. (1960). Industry versus inferiority. In *Human Development* (pp. 248–256). New York, NY: Thomas Y. Crowell.

Feldman, H. M., Elias, E. R., Blum, N. J., Jimenez, M. E., & Stancin, T. (Eds.). (2022). *Developmental-behavioural pediatrics* (5th ed.) [E-book]. Elsevier Health Sciences.

Harris, N. B. (2018). *The deepest well: Healing the long-term effects of childhood adversity*. Houghton Mifflin Harcourt.

Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: A

systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(11), e848–e857.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00232-2)

Johnson, K. (1998). *Trauma in the lives of children: Crisis and stress management techniques for counsellors, teachers, and other professionals* (2nd ed.). Hunter House Publishers.

Levita, L. (2024). Introduction to Special Issue: COVID-19-Trauma and Resilience in Children and Adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(1), 1–4.

<https://doi.org/10.1007/s40653-024-00615-8>

McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>

Murphy, F., Nasa, A., Cullinane, D., Raajakesary, K., Gazzaz, A., Sooknarine, V., Haines, M., Roman, E., Kelly, L., O'Neill, A., Cannon, M., & Roddy, D. W. (2022). Childhood trauma, the HPA axis and psychiatric illnesses: A targeted literature synthesis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 748372. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.748372>

Piaget, J. (1973). Cognitive development. *The Journal of the Jean Piaget Society*. Retrieved from <https://www.piaget.org/Piaget/Journal/index.html>

Scottish Government & Improvement Service. (2024). *Embedding trauma-informed and responsive organisations, systems and workforces: National learning report*. National Trauma Transformation Programme.

<https://www.traumatransformation.scot/app/uploads/2024/07/Embedding-Trauma-Informed-Organisations-Systems-and-Workforces-National-Learning-Report-2024-v2.pdf>

Swedo, E. A., Aslam, M. V., Dahlberg, L. L., Holditch Nolon, P., Guinn, A. S., Simon, T. R., & Mercy, J. A. (2023). Prevalence of adverse childhood experiences among US adults — Behavioural Risk Factor Surveillance System, 2011–2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(26), 707–715. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7226a2>

Wall, L., Higgins, D., & Hunter, C. (2016, February). *Trauma-informed care in child/family welfare services* (Policy & practice paper). Australian Institute of Family Studies.

<https://aifs.gov.au/resources/policy-and-practice-papers/trauma-informed-care-childfamily-welfare-services>

Legal sources

Council of the European Union. (2021, June 14). Council Recommendation (EU) 2021/1004 establishing a European Child Guarantee (Official Journal L 223, pp. 14–23). Eur-Lex.

<https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2021/1004/oj>

European Commission. (2006, July 4). Communication from the Commission: Towards an EU strategy on the rights of the child (COM(2006) 367 final).

<https://www.refworld.org/policy/legalguidance/eucommission/2006/en/41653>

European Parliament & Council of the European Union. (2011, December 13). Directive 2011/93/EU on combating the sexual abuse and sexual exploitation of children and child pornography (OJ L 335, pp. 1–14). <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2011/93/oj>

European Union. (2007, December 14). Charter of Fundamental Rights of the European Union (2012/C 326/02). <https://www.refworld.org/legal/agreements/eu/2007/en/13901>

United Nations General Assembly. (1989, November 20). Convention on the Rights of the Child. United Nations Treaty Series, 1577, 3.

<https://www.refworld.org/legal/agreements/unga/1989/en/18815>

Chapter 2

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Carter, K., Rutherford, M., Stevens, C. (2022). Therapeutic Communication For Health Care Administrators. Retrieved from:

<https://ecampusontario.pressbooks.pub/therapeuticcommunicationforhealthofficeadministrators/>

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (2nd ed.). Guilford Press.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>

Danese, A., Smith, A. J., Chua, K. C., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2024). Objective and subjective experiences of childhood maltreatment and their relationships with cognitive deficits: A cohort study in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 720–730.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00224-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00224-4)

Jennings, C. (2024). Parenting kids with PTSD: Essential strategies and support for nurturing your child through trauma. Notemedia Press.

Kelly, O. (2014). PTSD in children-growing up and its influences on adult life. Orla Kelly Publishing.

Palmer, L. (2012). The PTSD workbook for teens: Simple, effective skills for healing trauma. New Harbinger Publications.

Rothschild, B. (2000). The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment. W. W. Norton & Company.

Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 167–184. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.003>

Schnyder, U., & Cloitre, M. (Eds.). (2023). Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians (2nd ed., paperback). Springer International Publishing.

Solter, A. J. (2022). Healing your traumatized child: A parent's guide to children's natural recovery processes. Shining Star Press.

Van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.

Welch, J. D. (2025). Childhood trauma and PTSD explained: A parent's guide to understanding their emotional wounds and building resilience in children (An introduction to childhood psychology). Independently published.

World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>

Chapter 4

Arthur, E., Seymour A., Dartnall, M., Beltgens, P., Poole, N., Smylie, D., North, N., Schmidt, R. (2013). Trauma-informed practice guide. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Retrieved from <http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/02/Trauma-Informed-Practice-Guide-cvr.jpg>

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Cohen C. & Blaustein, M. E. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental

and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 34-51.

Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of social and clinical psychology*, 29(6), 624-645.

Groves, B. M. (2002). *Children who see too much: Lessons from the child witness to violence project*. Boston, MA: Beacon Press

Harris, M. E., & Fallot, R. D. (2001). *Using trauma theory to design service systems*. Jossey-Bass/Wiley.

Jennings, A. (2004). *Models for developing trauma-informed behavioural health systems and trauma-specific services*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors, National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning.

National Child Traumatic Stress Network. (April 2012). *Trauma-informed interventions*. Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.

National Child Traumatic Stress Network Schools Committee. (October 2008). *Child trauma toolkit for educators*. Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.

Phifer, L. W., & Hull, R. (2016). Helping students heal: Observations of trauma-informed practices in the schools. *School Mental Health*, 8, 201–205. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9183-2>

Rapoport, J. L., & Gogtay, N. (2008). Brain neuroplasticity in healthy, hyperactive and psychotic children: insights from neuroimaging. *Neuropsychopharmacology*, 33, 181-197.

Sorrels, B. (2015). *Reaching and teaching children exposed to trauma*. Lewisville, NC: Gryphon House.

Steele, W., & Malchiodi, C. A. (2012). *Trauma-informed practices with children and adolescents*. Routledge.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Penguin Books.

Chapter 5

Bourne, C., Mackay, C. E., & Holmes, E. A. (2013). The neural basis of flashback formation: the impact of viewing trauma. *Psychological medicine*, 43(7), 1521–1532.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712002358>.

Brissett, Janine. (2014). Protecting Children from Harm and Trauma during Family Conflict. Trauma and grief network. Retrieved from https://tgn.anu.edu.au/wp-content/uploads/2014/10/Protecting-Children-from-Harm-and-Trauma-during-Family-Conflict_2.pdf

Fine, N., Broadwood, J., Macbeth, F., Pitcher, N., & Haslam, C. (2011). *Playing with fire: Training for those working with young people in conflict* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Goddard A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 35(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>

Guess, J. (2022). Educators' perceptions of implementation and outcomes of trauma-informed care training in three Appalachian elementary schools (Doctoral dissertation). East Tennessee State University. Electronic Theses and Dissertations, Paper 4045. Retrieved from <https://dc.etsu.edu/etd/4045>

Hunt, Gregg. (2024). Trauma-informed conflict management: Enhancing mediation practices. Hunt ADR. Retrieved from <https://huntadr.com/trauma-informed-conflict-management/>

Integrate! Network. (2024, December 15). Trauma-informed conflict management in action: Using a trauma-informed framework to build safety and promote connection. You Belong Here. Retrieved from <https://letsintegrate.substack.com/p/trauma-informed-conflict-management>

Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Hildenbrand, A. K., Nicholls, E., Winston, F. K., Leff, S. S., & Fein, J. (2016). Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. *JAMA pediatrics*, 170 (1), p. 70–77. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2206>

Mediators Beyond Borders International. (n.d.). Trauma-informed conflict engagement. Retrieved from <https://mediatorsbeyondborders.org/what-we-do/conflict-literacy-framework/trauma-informed/>

Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional Dysregulation in Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>

Stanford Children's Health. (n.d.). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in children. Stanford Medicine Children's Health. Retrieved from <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=posttraumatic-stress-disorder-ptsd-in-children-90-P02579>

Trauma-informed Oregon. (2020). COVID-19: considerations for a Trauma-informed Response for Work Settings (Organisations/Schools/Clinics). Retrieved from <https://trauma-informedoregon.org/wp-content/uploads/2020/03/Considerations-for-COVID-19-Trauma-InformedResponse.pdf>

Chapter 6

Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133–144.

Dyregrov, A. (2008). *Psychological debriefing: An effective intervention for trauma?* London: Routledge.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.

Malchiodi, C. (2012). *Handbook of art therapy*. Guilford Press.

Malchiodi, C. A. (2008). Creative interventions and childhood trauma. *Creative interventions with traumatized children*, 3-21.

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2017). Trauma-informed practices in schools. Retrieved from <https://www.nctsn.org>

Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children. In N. Boyd Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27–52). Guilford Press.

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Chapter 7

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Brunner/Mazel.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—from Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books. Fook, J., & Gardner, F. (2007). *Practicing Critical Reflection: A Resource Handbook*. McGraw-Hill Education.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2018). *The Mindful Self-Compassion Workbook: A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive*. Guilford Press.

Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press.

Sprang, G., Ford, J., Kerig, P., & Bride, B. (2018, November 15). *Defining Secondary Traumatic Stress and Developing Targeted Assessments and Interventions: Lessons Learned From Research and Leading Experts*. *Traumatology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000180>

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*. Cambridge University Press.

Team Training Manual: *Traumatic Stress, Self-awareness and Self-care Guide*. Retrieved from: <https://www.nacc.org/docs/conference/S5%20Theology%20of%20Disaster%202.pdf> (February 2023).