



**HAL**  
open science

## Le rôle de l'observation de l'interaction mère–bébé dans le processus de transmission du traumatisme psychique

Elena Dozio, Cécile Bizouerne, Sylvie Viaux Savelon, Marion Feldman,  
Marie-Rose Moro

### ► To cite this version:

Elena Dozio, Cécile Bizouerne, Sylvie Viaux Savelon, Marion Feldman, Marie-Rose Moro. Le rôle de l'observation de l'interaction mère–bébé dans le processus de transmission du traumatisme psychique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2019, 67 (7), pp.342-351. 10.1016/j.neurenf.2018.10.004 . hal-03131534

**HAL Id: hal-03131534**

<https://hal.parisnanterre.fr/hal-03131534v1>

Submitted on 4 Feb 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Le rôle de l'observation de l'interaction mère–bébé dans le processus de transmission du traumatisme psychique

## *The role of observation of mother–child interactions in the trauma transmission process*

E. Dozio <sup>a,b,\*</sup>, C. Bizouerne <sup>c</sup>, S. Viaux-Savelon <sup>d</sup>, M. Feldman <sup>e</sup>, M.R. Moro <sup>f,g,h</sup>

<sup>a</sup> Santé mentale et pratiques de soins infantiles, région Afrique Centrale, Action Contre la Faim, 14/16, boulevard Douaumont, 75018 Paris, France

<sup>b</sup> Unité Inserm 1178, université Paris Descartes, université Paris sud, UVSQ, 97, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

<sup>c</sup> Santé mentale et pratiques de soins infantiles, Action Contre la Faim, 14/16, boulevard Douaumont, 75018 Paris, France

<sup>d</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Pitié Salpêtrière, 75013 Paris, France <sup>e</sup> EA4430 CLIPSYD – A2P, approches en psychopathologie psychanalytique, université Paris Nanterre, 92000 Nanterre, France

<sup>f</sup> Inserm Unité Inserm 1178, 97, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

<sup>g</sup> Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Institut de psychologie, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt, France

<sup>h</sup> Hôpital Cochin, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France

---

### Résumé

**Objectif.** – Les situations d'urgences humanitaires sont souvent caractérisées par des traumas collectifs et individuels importants. Cette étude vise à fournir davantage d'éléments de compréhension du processus de transmission du traumatisme afin de proposer des dispositifs de soins de prévention précoce de la transmission transgénérationnelle.

**Méthode.** – Cette recherche est qualitative et observationnelle concerne les interactions mères traumatisées-bébés. Les dyades mère-bébé sont rencontrées dans le cadre d'un entretien filmé. L'observation des interactions mère-bébé est analysée à travers trois outils : une microanalyse de trois séquences de trois minutes : avant, pendant et après le récit traumatique de la mère ; une macroanalyse sur la totalité de l'entretien, l'analyse de sessions de jeu, codées avec l'échelle *Coding Interactive Behavior* (CIB, Feldman, 1998).

**Résultats.** – Les résultats de l'observation des interactions dyadiques sont basés sur la présentation d'un cas très représentatif de l'échantillon de 24 dyades mère-bébé » qui ont participé à l'étude. Le cas d'étude choisi, présente une dyade mère-bébé vivant en Centrafrique. Madame M. a 23 ans et son profil clinique est caractérisé par une symptomatologie d'état de stress post-traumatique (IES-R = 51), ainsi que de dépression (HAD-A = 13) et d'anxiété (HAD-A = 17), élevées. Pendant la totalité de l'entretien, les échanges entre mère et bébé sont rares et non réciproques ; le bébé initie la plupart des interactions. L'observation à travers la microanalyse des trois séquences de l'entretien confirme que les interactions mère-bébé sont très pauvres en particulier pendant le récit traumatique de la mère. Le bébé sollicite la mère plus fréquemment lors du récit traumatique sans que la mère ne puisse apporter une réponse, car psychiquement absente. Lors de la session de jeu libre, la mère exprime une faible sensibilité maternelle ainsi que le bébé montre peu d'engagement social.

**Discussion.** – Les capacités de la mère à interpréter les signaux transmodaux du bébé et à transformer l'état affectif du bébé, sont négativement influencées par son état émotionnel. L'absence de réponses appropriées de la mère se traduit par le partage de son état émotionnel négatif au bébé en particulier pendant le récit traumatique où le bébé finit par se concentrer sur lui-même et ne plus solliciter sa mère. Ce manque d'interaction est aussi observable dans la séquence de jeu libre où l'enfant montre un faible engagement social envers sa mère « absente ». La relation mère-bébé est visiblement endommagée par les expériences traumatiques de la mère.

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [bettadozio@hotmail.com](mailto:bettadozio@hotmail.com) (E. Dozio).

*Conclusion.* – Les résultats permettent de contribuer à une meilleure identification des mécanismes de transmission du traumatisme de la mère à son bébé et être à même de produire des recommandations pour proposer des mesures préventives dans des situations de transmission potentielle du trauma.

*Mots clés :* Observation ; Transmission du traumatisme ; Interactions mère-bébé ; Trauma ; Humanitaire

## **Abstract**

*Objective.* – Several studies on the trans-generational transmission of trauma confirm the evidence of transmission. Understanding the process of this transmission could help to promote early care for traumatized mothers and their children. In particular, in contexts of collective trauma, such as humanitarian emergencies, where a large part of the population is exposed to repeated traumatic events. This study aimed to provide evidences on the trauma transmission process in order to prevent it.

*Method.* – This research is qualitative and observational and it based on the observation of interaction between traumatized mother and their young children. Mother-child dyads are encountered as part of a videotaped interview. The interviews were carried out in several countries of Central Africa Region, affected by collective violence against the population since several years. The observation of mother-child interactions is analyzed through three tools: a microanalysis of three sequences of three minutes: before, during and after the traumatic narration of the mother; a macroanalysis on the totality of the interview; the analysis of a short play sessions, coded with the Coding Intercourse Behavior (CIB) scale.

*Results.* – The chosen case study presents a baby mother dyad living in the Central African Republic. The results of the three observations show that mother-child interactions are greatly affected by the psychic unavailability of the mother who has been exposed to traumatic events. In particular, the analysis of the dyadic exchanges during the interview shows some evidences in the modification of interactions during the traumatic revocation of the mother: during the traumatic narrative, the mother's behavior in response to the child's stimulation or attention to the child's behavior decreases while there is an increase in absence in her absent look and limited responses to solicitations from the child (crying, vocalizations, etc.). The absence of the mother is visible in her look, but also in the lack of reciprocity and synchronicity in the rhythm of the exchanges as well as the delays in the answers or the total absence of answer to the child. In the free play session, the mother expresses low maternal sensitivity as well as the baby shows low social engagement.

*Discussion.* – Mrs. M. is 23 years old and her clinical profile is characterized by high symptoms of post-traumatic stress disorder (IES-R = 51), as well as depression (HAD-A = 13) and anxiety (HAD-A = 17). The mother's ability to interpret the baby's trans-modal signals and transform the baby's emotional state is negatively influenced by her own emotional state. The lack of appropriate responses from the mother results in the transmission of her negative emotional state to the baby especially during the traumatic narrative, where the baby ends up concentrating on herself and no longer soliciting the mother. This lack of interaction can also be seen in the free play sequence where the child shows a weak social engagement to his "absent" mother. The baby mother relationship is visibly damaged by the traumatic experiences of the mother.

*Conclusion.* – The results allowed to better identify the mechanisms of trauma transmission from mother to child. This work presents clinical applications for the management of traumatized mothers and their young children in order to reduce the effects of the possible transmission of trauma to the child or, where possible, to prevent it.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords:* Observation; Trauma transmission; Mother-child interactions; Trauma; Humanitarian

## **1. Introduction**

L'intérêt croissant pour la thématique de la transmission transgénérationnelle du traumatisme a permis de multiplier les études et d'arriver à obtenir des confirmations sur la certitude de la transmission [1–3]. Malgré ces nombreuses recherches, le processus en jeu dans cette transmission reste encore peu connu et, notamment le processus de transmission directe entre la mère et son bébé. Comment le vécu traumatique maternel peut se transmettre directement à son bébé ? À quel moment cette transmission advient ? Quels sont les facteurs qui interviennent dans le processus ?

La question demeure complexe et différentes approches peuvent fournir des éléments explicatifs de la transmission directe de la mère à son bébé, sans pour autant pouvoir les prendre en considération toutes au même moment, au sein de la même étude.

De nombreux travaux expliquent le mécanisme de transmission du traumatisme transgénérationnel sur la base de la théorie de l'attachement en montrant que l'expérience traumatique du parent peut affecter directement l'enfant, à travers l'interaction entre le parent reflétant son expérience traumatisante et l'enfant effrayé. Les parents montrent des expressions émotionnelles effrayées à l'enfant qui ne peut pas faire le lien de causalité entre la terreur de ses parents et le traumatisme. Le comportement des parents est si alarmant que l'enfant réagit avec une désorganisation émotionnelle et comportementale [4]. En particulier, ce sont les représentations mentales maternelles déformées de l'enfant [5,6] qui provoquent des comportements effrayants de la mère. L'enfant par conséquent, répondra par des comportements désorganisés. La détresse et les réactions de l'enfant peuvent réactiver la mémoire traumatique de la mère et entraîner un cercle vicieux.

Selon le modèle neurobiologique interpersonnel d'attachement développé par Schore (2001) [7], la transmission maternelle du traumatisme au nourrisson, est expliquée par

un mécanisme impliquant le pattern rythmique derrière les interactions mère-nourrisson (visuel, tactile, vocal), négativement affecté lorsque les mères sont traumatisées. Les mères ne peuvent pas moduler leur stimulation et leur réponse aux besoins de leur bébé, ce qui conduit à une surstimulation ou au contraire à de la négligence. Les deux comportements peuvent être traumatisants pour l'enfant qui aura de la difficulté à s'autoréguler dans son état affectif pour se protéger d'une hyperstimulation ou de l'absence de stimulation de la part de la mère.

En accord avec ce mécanisme, Stern (1985) [8] propose une voie de transmission du traumatisme à travers le concept « d'accordage affectif », un processus centré sur la transformation transmodale de la mère de l'état affectif du bébé. Les mères traumatisées peuvent transmettre leurs états émotionnels à travers leurs gestes, leurs voix ou regards, qui sont intériorisés par l'enfant. L'enfant pourrait à travers les interactions transmodales, s'approprier l'état affectif négatif de la mère traumatisée.

Une approche plus récente de la transmission du traumatisme est celle basée sur une explication biologique. L'hypothèse avancée est que l'exposition aux traumatismes et le développement de symptômes du stress post-traumatique chez la mère, sont liés aux marqueurs physiologiques de l'enfant.

Les résultats des études montrent que les jeunes enfants, même les nourrissons, avec des mères affectées par des traumatismes, montrent une dérégulation et une détresse en réponse à des facteurs de stress légers [9].

Si toutes ces approches peuvent contribuer à expliquer les voies de transmission du traumatisme et peuvent coexister, notre travail de recherche s'inscrit dans la lignée des approches relationnelles [5,10,11] et a comme objectif de contribuer à la compréhension des processus, pour ensuite pouvoir dégager les déterminants nécessaires permettant de formuler des propositions de prise en charge précoce.

Le travail que nous proposons repose sur les évidences du rôle des interactions entre la mère et son bébé, qui impliquent les différentes modalités sensorielles (visuelles, corporelles et vocales) [12] car nous faisons l'hypothèse que ces interactions, influencées par l'état psychique de la mère, peuvent être des vecteurs privilégiés de la transmission [13]. À travers l'observation des interactions mère-bébé, nous souhaitons montrer certains aspects spécifiques du processus de transmission en mettant en lumière des canaux possibles de la transmission directe.

Nous avons choisi de conduire ce travail de recherche en contexte humanitaire.

Dans ce type de contexte, la population est largement affectée par les événements traumatiques. Les enfants exposés à des contextes de conflit chronique ont une probabilité élevée de présenter des troubles du développement très précocement [14]. Ce sont par conséquent des terrains où la transmission du traumatisme peut concerner de nombreuses femmes, futures mères, mères et leurs jeunes enfants. Dans ces situations, la transmission traumatique transcende la dimension purement individuelle, entre une mère et son bébé, mais elle peut s'ancrer dans le collectif à travers les générations.

L'enjeu de la compréhension du mécanisme de la transmission directe du traumatisme est de grande envergure, en particulier, en référence au fait que dans les situations d'urgence humanitaire, telles que les catastrophes naturelles ou les conflits, les bébés sont dans la plupart des cas « oubliés ».

## 2. Méthodologie

Cette recherche est qualitative et porte sur l'observation des interactions des mères traumatisées et de leurs bébés.

Le recrutement a eu lieu dans trois pays africains touchés par la crise centrafricaine qui a débuté en 2013. En République Centrafricaine, l'échantillon est constitué par des mères et bébés vivant dans des camps des déplacés, à Bangui. Au Tchad et au Cameroun, l'échantillon est composé par des mères et enfants centrafricains qui ont fui leur pays et vivant dans des camps de réfugiés. Les comités d'éthique de chaque pays ont donné leur accord à cette recherche.

Les dyades ont été recrutées par les travailleurs psychosociaux travaillant dans les programmes de soutien psychosocial mis en œuvre par l'ONG internationale Action contre la faim (ACF) dans les trois contextes différents. Les dyades mère-bébé étaient prises en charge au sein de ces programmes de soutien psychologique et renforcement de la parentalité d'ACF.

Les critères d'inclusion sont des dyades mère-enfant dans lesquelles les mères ont été exposées à des événements traumatiques, selon les critères A de DSM V, en l'absence du bébé. L'évaluation clinique de la mère a été réalisée à travers un entretien lors de l'admission dans le programme de prise en charge psychologique d'ACF. L'impact de l'événement traumatique et les symptômes associés au stress post-traumatique au moment de l'entretien ont été mesurés à travers l'échelle Impact of Event Scale-Revised (IES-R) [15]. La symptomatologie anxieuse et dépressive des mères interviewées a été mesurée avec l'échelle HADS : Hospital Anxiety and Depression scale [16].

Les bébés sont âgés de 1 à 36 mois. Cette recherche s'est réalisée via le consentement des mères à y participer, avec la garantie d'anonymiser les données.

Les dyades mère-bébé sont rencontrées dans le cadre d'un entretien filmé, semi-structuré, où la mère est amenée à parler de son bébé, de sa relation avec lui et de l'évènement traumatique. Pendant l'entretien, selon l'état d'éveil du bébé, une séance de jeu/interaction libre est proposée pour une durée d'environ cinq minutes sans l'interruption du chercheur.

L'observation des caractéristiques de la relation mère-enfant est analysée à travers trois outils :

- une microanalyse<sup>1</sup> de trois séquences de l'entretien : avant, pendant et après le récit traumatique de la mère. Chaque séquence a une durée de 3 minutes. Les interactions sont observées à l'aide d'une grille élaborée sur la base des deux outils : RAF « Recherche, Action, Formation », échelles

<sup>1</sup> Microanalyse réalisée à l'aide du logiciel Elan : Max Planck Institute for Psycholinguistics, The Language Archive, Nijmegen, Pays bas, <http://tla.mpi.nl/tools/tla-tools/elan/>.

Tableau 1

Tableau clinique de Madame M. et des 24 dyades de l'étude.

| Mesures | Sous-échelles          | Madame M. | 24 mères de l'échantillon |            | Score qui indique la présence de symptômes psychopathologiques |
|---------|------------------------|-----------|---------------------------|------------|--|
|         |                        |           | Moyenne                   | Écart-type |  |
| IES-R   | Total (mesure de ESPT) | 51        | 47,08                     | 10,68      | 33   |
| HAD     | Anxiété                | 17        | 13,08                     | 3,42       | 10   |
|         | Dépression             | 13        | 12,33                     | 2,18       | 10   |

- de Bobigny [17] et la grille utilisée dans les études sur l'attachement par Beebe et al. (2010) [18] (voir [Annexe 1](#)) ;
- les sessions de jeu sont codées avec la version française de l'échelle *Coding Interactive Behavior* (CIB)<sup>2</sup> [19]. Cette grille, développée par Ruth Feldman (1998) [20] permet de renseigner six dimensions qui s'adressent aux divers aspects de la relation mère-enfant : présence maternelle aidante, pose de limites par la mère, intrusivité maternelle, affects conjoints positifs, retrait du bébé, états dyadiques conjoints négatifs. Ces dimensions sont cotées sur une échelle de 0 à 5 ;
  - une macroanalyse sur la totalité de l'entretien qui prend en compte différents aspects : « la tonalité dominante des échanges entre mère et bébé, qui initie les échanges, la réciprocité des échanges, la continuité/discontinuité des interactions ».

Ces trois types d'observation permettent d'identifier des déterminants du mécanisme de transmission du traumatisme de la mère à son bébé et de produire des recommandations concernant les mesures préventives de la transmission du trauma.

### 3. Résultats

Trente-huit dyades mère-bébé ont été incluses dans la recherche. Pour vingt-quatre d'entre elles, il a été possible de recueillir des données complètes.

Les enfants ont un âge compris entre 1 mois et demi et 31 mois.

Les événements traumatiques vécus par les mères sont multiples : elles ont assisté à l'assassinat ou à la mort de certains de leurs enfants, de leur mari, de proches ou d'amis ; elles ont assisté à des actes de violence de masse, des tueries dans la communauté. Les quartiers ont été brûlés et détruits sauvagement sous leurs yeux et elles ont été forcées de quitter leur foyer pour survivre ; pendant la fuite elles ont marché sur des cadavres, elles ont été blessées, elles ont eu peur pour leur propre vie et pour celle de leurs enfants et leur famille. Elles ont perdu la trace de leurs parents ou leur mari et elles s'inquiètent pour leur sort, etc.

À travers une situation parmi celles de notre échantillon de recherche, nous voulons rendre compte dans les détails de l'analyse de interactions à travers trois types d'observation : microanalyse et macroanalyse des interactions, ainsi que des sessions de jeu pour la compréhension du processus de transmission du traumatisme de la mère à son bébé.

Le choix de ce cas nous paraît très représentatif de la population totale étudiée. Le tableau clinique de Madame M. présente un niveau élevé de symptômes de dépression et d'anxiété, associés à des symptômes de stress post-traumatique sévères, comme les autres mères interviewées (voir [Tableau 1](#)). L'impact du vécu traumatique de Madame M. sur les interactions avec sa petite fille S. est très visible et les valeurs des observations effectuées se situent dans la moyenne de l'échantillon étudié.

### 4. Le cas de Madame M. et son bébé S. (fille, huit mois)

#### 4.1. Présentation de la dyade

Nous rencontrons Madame M. et sa petite fille de huit mois, sur le site de personnes déplacées Padre Pio à Bangui, sept mois après les événements traumatiques dont la mère a été témoin.

Madame M. est une jeune femme de 23 ans, elle est en très grande souffrance : le visage triste, elle pleure pendant l'entretien.

Après quelques minutes d'entretien, Madame M. commence à partager les événements dramatiques qui ont changé sa vie. Avant ce moment, Madame M. vivait en paix, avec ses parents, son mari et son premier enfant. Elle avait un petit commerce. Sa famille s'entraidait pour subvenir aux besoins des uns et des autres.

Les faits qu'elle relate remontent à décembre 2013 lors de l'attaque des Selekas<sup>3</sup> sur Bangui<sup>4</sup>. Sa fille, S. était déjà née, elle avait un mois. Elle a été épargnée par les agresseurs car elle est une fille ; les agresseurs la laissent allongée sur un lit pendant qu'ils sortent de la maison le père de Madame M. pour l'égorger devant toute la famille et ensuite emporter le cadavre. La famille trouvera le cadavre quelques jours après. Suite à cette attaque, Madame M. avec ses deux enfants ont fui pour chercher refuge ailleurs, et quatre mois plus tard quand la situation s'est calmée, Madame M. est retournée chez elle où elle a trouvé le cadavre de son frère.

Madame M. raconte lors de l'entretien, penser sans cesse à son père et son frère et d'être hantée par les images de ce qui s'est passé. Elle est triste ne plus pouvoir compter sur les personnes qui s'occupaient d'elle auparavant.

<sup>2</sup> Cotation réalisée sur la base de l'échelle *Coding Interaction Behavior* (CIB), par le Dr Sylvie Viaux, formée à la cotation avec l'outil.

<sup>3</sup> Est une coalition constituée en 2012 de partis politiques et de forces rebelles opposés au président centrafricain François Bozizé. Composée en partie de mercenaires tchadiens, libyens et soudanais, la Seleka se caractérise par une coloration religieuse musulmane.

<sup>4</sup> Capitale de la République Centrafricaine.

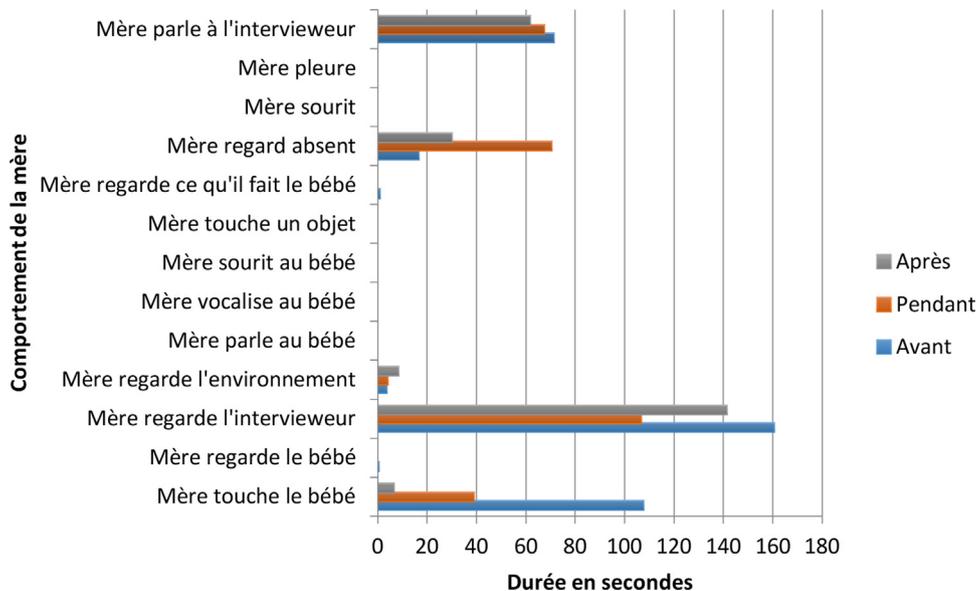


Fig. 1. Microanalyse de comportements de la mère.

Son mari n'était pas présent pendant l'attaque et les mois qui ont suivi, car il était parti rejoindre le groupe armé Anti-Balakas<sup>5</sup> et selon des rumeurs récentes, il serait décédé.

#### 4.2. Les représentations de la mère

##### 4.2.1. À propos du bébé et la relation mère-enfant

Au début de sa grossesse, Madame M. voulait avorter. La situation en ville avait déjà commencé à être difficile et elle avait des difficultés économiques pour l'achat de la nourriture, des médicaments, des vêtements, etc. Mais son père l'a convaincu de garder son bébé.

Le fait de ne pas avoir suivi les consultations prénatales, et d'être tombée suite aux détonations, inquiètent beaucoup Madame M. sur l'impact que cela a pu avoir pendant sa grossesse. Madame M. se dit contente de l'arrivée de S., même si, étant donné ses difficultés économiques, elle regrette de ne pas avoir avorté. Elle passe du temps avec son bébé, elles jouent ensemble mais S. peut soudainement sursauter. Elle sursaute souvent au passage des motos et, pendant la nuit, elle se réveille de manière agitée.

##### 4.2.2. À propos de la transmission traumatique de son propre vécu au bébé

Madame M. a une représentation de la possible transmission traumatique de ce qu'elle a pu vivre, à son bébé : elle pense que le fait d'avoir entendu des détonations pendant sa grossesse, d'avoir été tout le temps dans un état d'hypervigilance et trembler, de sursauter aux bruits, se sont transmis à son bébé et c'est la raison qu'elle donne à ses sursauts. De plus, elle se dit que

son bébé, en étant tout le temps sur les jambes de sa maman, peut se rendre compte de son état, si elle est pensive ou triste, et être ainsi influencée par ces pensées.

#### 4.3. Les observations des interactions mère-bébé

##### 4.3.1. Macroanalyse des interactions

La mère et le bébé sont assis sur une chaise. Le bébé est assis sur les jambes de sa maman, il tète et touche le sein de sa maman avec les deux mains. Installé dans une position pas très confortable, il regarde sa mère.

Le bébé est agité et il bouge beaucoup, il cherche aussi le contact avec sa mère, mais l'attention de la mère est complètement prise par l'entretien.

Pendant le récit traumatique, l'enfant s'agite un peu plus et commence à vocaliser assez fort, sans arrêt jusqu'à ce qu'il s'endorme vers la moitié de l'entretien.

Les échanges sont rares et pas réciproques : le bébé initie la plupart des interactions à travers le toucher. Sa vocalisation longue pendant le récit traumatique n'est pas dirigée vers la mère ni vers les interviewers, mais semble accompagner ses mouvements de balancement en avant et arrière.

La tonalité dominante de la mère est d'une profonde tristesse, tandis que chez le bébé, nous remarquons quelques moments d'angoisse. Il ne transmet pas une sensation d'apaisement, mais plutôt de la détresse avec un regard très souvent dans le vide.

##### 4.3.2. Microanalyse des interactions

4.3.2.1. *La mère.* La microanalyse des comportements de la mère (Fig. 1) montre qu'au cours du récit traumatique, Madame M. a l'air absente, elle sourit moins, elle est moins concentrée sur son bébé et l'interaction avec lui : elle touche moins et regarde moins S. que dans les autres sessions.

4.3.2.2. *Le bébé.* Dans les comportements du bébé (Fig. 2), il est possible de remarquer une tendance à vocaliser, pleurer ou

<sup>5</sup> Anti-balaka est le terme utilisé pour désigner des milices d'autodéfense qui sont apparues en République Centrafricaine en 2009 pour lutter contre les coupeurs de routes. En 2013 ils prennent les armes contre les Selekas lors de la guerre civile centrafricaine.

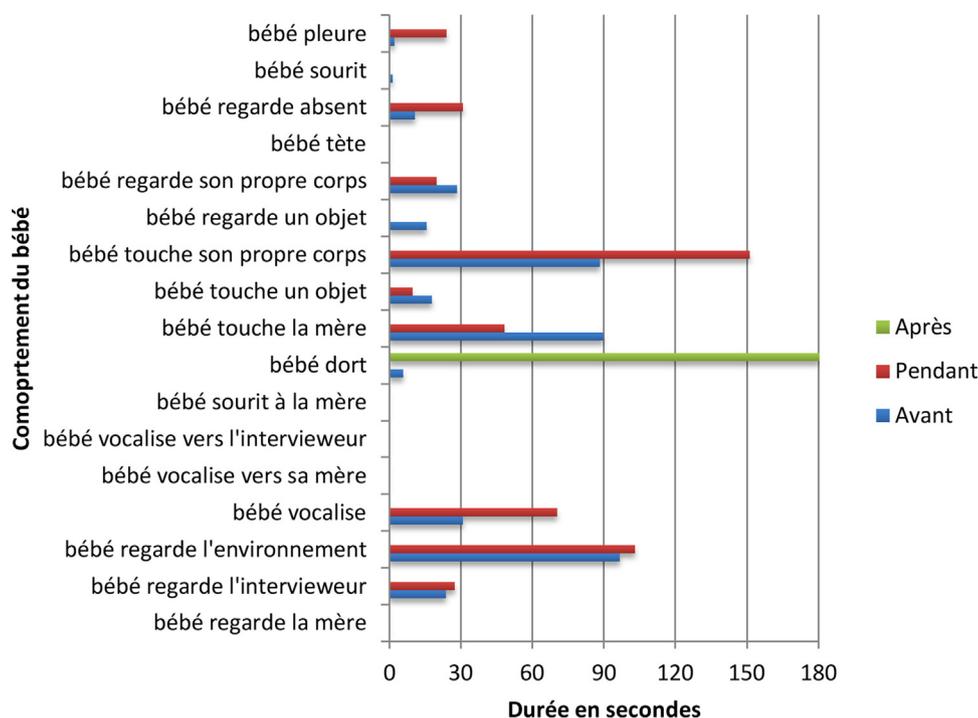


Fig. 2. Microanalyse du comportement du bébé.

toucher son propre corps, plus fréquemment pendant le récit traumatique de la mère.

Cela indique une augmentation de stimulation du bébé, en quête de réconfort, au moment où la mère commence à parler de sa souffrance.

Pendant la narration traumatique, le regard du bébé est plus souvent absent, comme celui de la mère. L'attention de S. est moins dirigée vers un objet ou encore elle touche moins sa mère, en se concentrant davantage sur sa propre souffrance (pleurs) et essayant de s'auto-apaiser à travers des gestes d'auto-stimulation (elle se balance, elle touche son pied, elle porte sa main à la bouche).

**4.3.2.3. Les interactions mère-bébé.** Dans l'analyse de la réciprocité des interactions entre mère et bébé (Fig. 3), nous pouvons observer la presque absence d'échanges simultanés.

Pendant le récit traumatique, les comportements de la mère en réponse aux stimulations du bébé ou son attention aux comportements du bébé, diminuent tandis qu'il y a une augmentation de l'absence dans son regard et des réponses limitées aux sollicitations du bébé (pleurs, vocalisations, etc.).

L'absence de la mère est visible non seulement dans son regard, mais aussi dans le manque de réciprocité, le manque de synchronie dans le rythme des échanges, les retards dans les réponses ou l'absence totale de réponse au bébé.

#### 4.3.3. L'analyse des interactions libres (séance de jeu)

À travers le codage des séances de jeu, nous pouvons confirmer que les interactions mère-bébé sont très pauvres ou pour le moins non « optimales » (voir le Tableau 2). Dans une interaction dyadique optimale, on aurait pu s'attendre des valeurs de

sensibilité parentale, réciprocité dyadique et engagement social du bébé, proche de 5 ; et des valeurs d'intrusivité parentale, retrait du bébé et états dyadiques négatifs, plus proches de 0.

Pour interpréter les résultats, nous les avons comparés au groupe contrôle d'une étude qui concerne l'évaluation de la relation mère-bébé dans le cas d'enfants présentant un retrait relationnel [21].

Ce choix a été fait sur la base de la proximité méthodologique avec notre étude en termes de population étudiée et variable dyadiques observées.

Cette comparaison nous apporte des éléments d'interprétation et de réflexion intéressants.

Dans la Fig. 4, nous pouvons remarquer les différences de notre dyade avec la population du groupe contrôle de l'étude de Dollberg, constitué par des dyades mère-bébé où les mères présentaient des bas niveaux d'anxiété et dépression. Madame M. et sa fille S. obtiennent des scores moins bons sur les cinq dimensions par rapport aux dyades du groupe contrôle. Cela est particulièrement visible pour la « sensibilité maternelle », « la réciprocité dyadique » et « l'engagement sociale du bébé ».

D'un point de vue plus qualitatif, l'observation de la session de jeu, est en ligne avec ce qui ressort de la microanalyse des interactions entre Madame M. et S. : après un moment initial où mère et bébé sont face-à-face mais sans se regarder ou interagir, la mère cherche le contact physique avec son bébé, elle l'embrasse sur la joue en restant dans cette position quelques secondes. À part ce contact, il n'y a plus aucun échange entre mère et bébé. Les deux semblent être seuls avec leur propre état émotionnel, avec le regard dans le vide. La mère garde une expression triste et S. joue toute seule avec la coudière de la chaise sur laquelle mère et bébé sont assis.

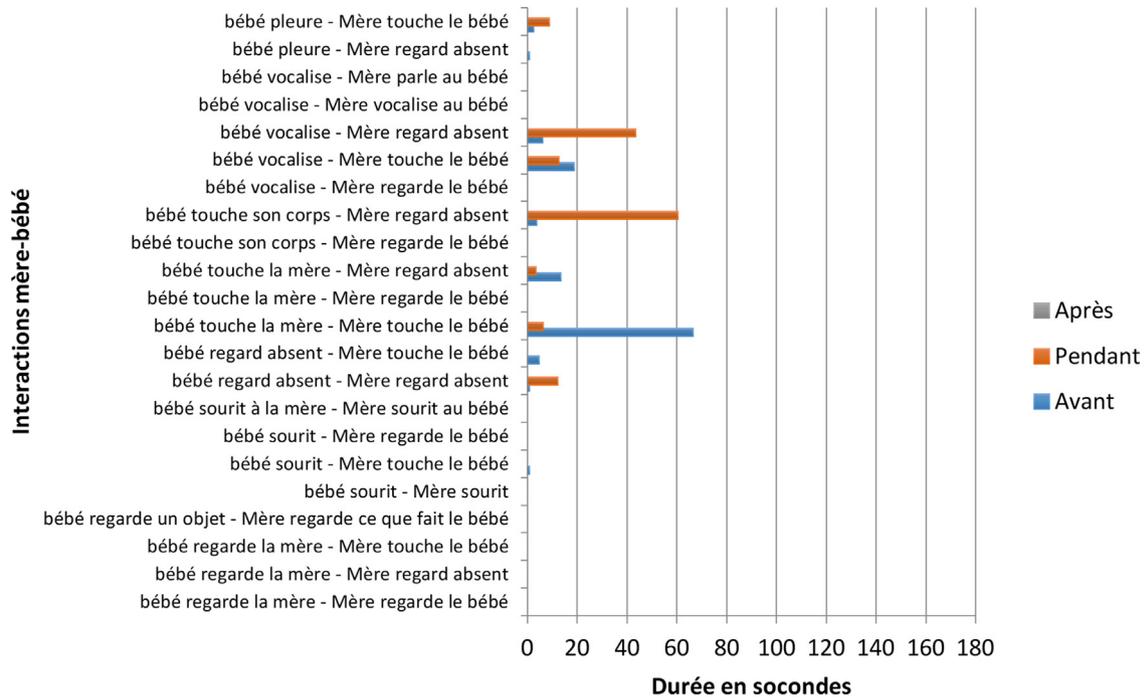


Fig. 3. Microanalyse des interactions mère-bébé.

Tableau 2  
Analyse de la session de jeu libre sur une échelle de 0 à 5 (échelle CIB).

| Sensibilité Parentale | Intrusivité parentale | Réciprocité Dyadique | Emotivité négative du bébé/retrait | États dyadiques négatifs | Engagement social du bébé |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 2,17                  | 1,83                  | 2,13                 | 2,17                               | 2,38                     | 2,00                      |

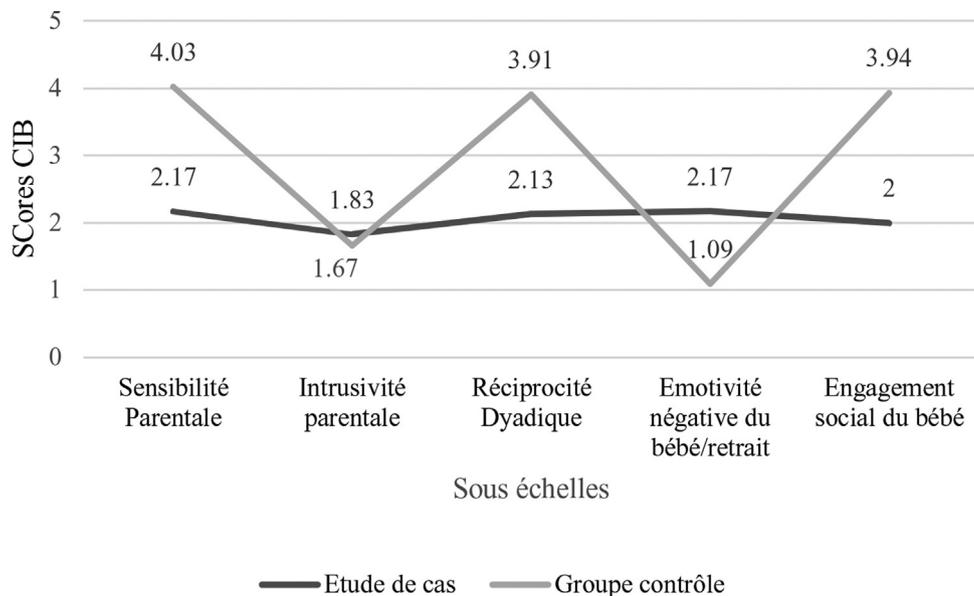


Fig. 4. Comparaison de données CIB de la dyade Madame M. et son bébé S., avec le groupe control de l'étude de Dollberg.

## 5. Discussion

Avec cette étude, dans le but de mieux comprendre le processus de transmission directe du traumatisme, nous proposons d'observer l'impact du vécu traumatique de la mère

sur les interactions mère-enfant à travers plusieurs outils : une observation macroscopique des mouvements dyadiques, une microanalyse des échanges transmodaux entre mère et enfant ainsi qu'une observation en situation d'interaction libre de jeu.

Nous avons choisi ici de présenter une situation représentative de l'échantillon de 24 dyades qui ont participé à l'étude.

Les résultats des observations de Madame M. et son bébé S., montrent que les interactions mère-bébé sont très impactées par l'exposition à des événements traumatiques de la mère. Elles sont particulièrement visibles dans la microanalyse où, dans les trois séquences observées, nous avons relevé des faibles échanges verbaux, visuels et corporels. Les interactions multimodales entre mère et bébé peuvent donc être définies comme « pauvres ».

Cela est encore plus marquant pendant les moments de ré-évocation de l'événement traumatique : les comportements de la mère et du bébé ainsi que leurs interactions diffèrent en quantité et en qualité, par rapport aux deux autres moments de l'entretien. Dans cette session, les échanges sont extrêmement rares, voire absents.

En observant de très près, à travers la microanalyse fine des mouvements, nous retrouvons la confirmation de nombreux « faux pas » dans cette danse décrite par Stern dans la quête de l'accordage affectif. S'il n'est pas inusuel de retrouver ce besoin d'ajustement dyadique pour atteindre un accordage, chez les mères traumatisées et leurs bébés, cela semble être un travail particulièrement laborieux. Les capacités de la mère à interpréter les signaux transmodaux du bébé et transformer l'état affectif du bébé, sont négativement influencées par son état émotionnel. La mère, envahie par son propre état émotionnel a des difficultés à interpréter correctement les expressions verbales et non verbales de l'excitation du bébé et à trouver un bon accordage affectif [8].

En considérant le début de l'entretien comme une situation de neutralité, où les échanges se jouent dans la normalité, c'est dans la phase de narration traumatique que nous pouvons mesurer l'envergure du changement des interactions et observer les spécificités de ce que nous identifions comme le processus de transmission du traumatisme à travers les échanges transmodaux.

Le moment d'évocation des événements traumatiques impacte fortement la disponibilité maternelle à être dans le moment présent et en relation avec son bébé, qui perçoit cette distance psychique, traduite par une absence de gestes, de regards, de réponses aux pleurs ou à une excitation qui plonge le bébé dans sa solitude.

Au cours de la narration traumatique, le regard absent, par moment figé, Madame M. indique qu'elle est probablement en train de revivre ce moment. Elle n'a alors pas les ressources psychiques nécessaires pour se concentrer sur la situation actuelle et sur les demandes de son bébé. Avoir le regard figé ou dans le vide sans direction vers un objet, fait partie des comportements maternels atypiques décrits par Main et Hesse (1990) [10] et cela est effrayant pour le bébé qui a l'impression de ne pas pouvoir être réconforté par la mère car elle ne se montre pas émotionnellement disponible. Le bébé peut réagir avec des comportements de retrait ou manifester le besoin d'être consolé par la mère.

Le regard absent et figé de la mère, son manque d'attention dirigé vers son bébé, ressemble au comportement du paradigme « still face » [22], dans lequel le bébé répond d'abord avec une augmentation de sollicitations de réponses de la mère, pour la

faire réagir, afin d'attirer son attention. Mais ensuite il renonce pour se concentrer sur son propre corps et trouve une autre stratégie d'autorégulation (comme s'endormir) et pâlie ainsi à l'absence de la consolation.

L'« absence de réponse appropriée » de la mère se traduit dans la transmission de son état émotionnel négatif au bébé, qui interprète ces comportements comme des signaux négatifs vis-à-vis de son propre état émotionnel. Le bébé n'est pas en mesure de faire une distinction entre le dedans et le dehors, dans un chaos sensoriel qui le prive de la possibilité de donner un sens à ce vécu [23]. Il n'a donc pas d'autres stratégies que celle de s'auto-attribuer l'état négatif de la mère et d'internaliser cet état affectif et de tenter de le transformer dans son propre état interne [8]. Par conséquent, le traumatisme de la mère et ses effets sont partagés avec le bébé qui se les approprie.

Ces résultats sont cohérents avec la littérature sur la transmission du traumatisme de la mère à l'enfant et confirment les résultats antérieurs sur l'association entre la disponibilité émotionnelle de la mère et la qualité des interactions. Nos résultats confirment que le traumatisme maternel affecte la relation mère-enfant et entraîne des interactions très insatisfaisantes [24].

Le cadre de l'entretien de recherche a probablement en partie limité la liberté d'interactions des mères qui étaient concentrées sur la réponse aux questions. De plus, le fait de ne pas être installés face-à-face avec le bébé a pu rendre les échanges entre la mère et le bébé plus difficiles.

De façon à observer les interactions dans une situation libre et moins influencée par l'observateur, nous avons proposé aux dyades de participer à une séquence de jeu ou d'interactions libres. Même dans cette séquence libre, nous avons pu remarquer des interactions dyadiques qui ne fonctionnaient pas, où la mère montrait une très faible sensibilité maternelle et le bébé un engagement social bien plus bas que dans la population contrôle étudiée par Dolleberg. La relation qui en résulte montre des états dyadiques négatifs élevés avec un profil clinique qui se rapproche des situations de dépression sévère où la mère n'est pas réactive, manifestant ainsi un faible niveau d'intrusivité.

Le profil clinique de Madame M. est étroitement lié aux réactions réduites des mères et à la relation avec son enfant, comme en témoignent les nombreuses publications sur le sujet [25-27].

Il ne s'agit donc pas simplement du cadre de la recherche qui a impacté les possibilités d'échanges dyadiques. Les événements traumatiques vécus par les mères pourraient expliquer cette fragilité relationnelle qui peut se manifester à tout moment de la vie quotidienne avec le bébé.

Suite aux différentes observations et à la narration de la mère pendant l'entretien, nous pouvons décrire la transmission du traumatisme comme une forme de partage du traumatisme [28] car même si l'enfant n'a pas été exposé directement aux événements racontés par la mère, il peut vivre dans un contexte où les bruits, la lumière, le chaos environnant sont la conséquence de ces événements, et de ce fait avoir une connotation traumatique. Les interactions transmodales avec les parents et en particulier avec la mère, sont donc fortement affectées par cette influence toxique du traumatisme [29].

Cela encore plus dans le cas où le bébé vit ces « résidus radioactifs » [30], comme décrits par Gampel, depuis le ventre de

sa mère. Si plusieurs mères de la recherche étaient enceintes au moment de l'événement traumatique raconté lors de l'entretien, ce n'est pas le cas pour Madame M. : le bébé était déjà né quand le père de madame M. a été égorgé devant ses yeux et S., le bébé, était dans une pièce de la maison, pendant que l'événement s'est produit à l'extérieur de la maison. Elle a pu entendre les cris et être témoin dans un deuxième moment, de la souffrance et l'effondrement de sa mère.

Mais ce sont aussi les expériences dramatiques vécues pendant la grossesse, autant traumatiques que l'événement reporté dans la séquence étudiée, qui peuvent avoir eu une influence sur la relation dyadique observée. Madame M. était enceinte quand la crise à Bangui a commencé. Son mari est parti vers le troisième mois de grossesse. Initialement, il venait lui rendre visite, mais ensuite il n'est plus revenu. Il ne sera pas là pour nommer le bébé non plus. Les représentations de la mère autour de la grossesse et de la transmission de sa propre souffrance nous renseignent sur le fait que déjà au moment de la grossesse, la transmission à travers un partage de vécu et d'émotions pouvait être déjà en cours.

Au moment de l'entretien, Madame M., comme toutes les autres mères de l'étude, sont suivies par des travailleurs psychosociaux depuis longtemps, à travers un travail de soutien psychologique. Malgré cela, les interactions observées sont pauvres. Cela est visible dans les séquences de jeu, en milieu naturel, sans intervention de l'interviewer ou de l'interprète.

Les interactions mère-bébé sont impactées et appauvries par le contexte de vie de la dyade. Les expériences de la mère, la situation de vie précaire et d'insécurité chronique de la Centrafrique, le manque d'un soutien familial, l'incertitude pour le sort du mari, tous ces facteurs se traduisent dans les effets sur les interactions mère-bébé et constituent un cadre de détresse qui ne peut pas être réduit au seul moment traumatique, choisi pour le moment de la narration pendant l'entretien de recherche.

Nous pouvons aussi interpréter le changement en négatif des interactions dyadiques pendant la séquence de la narration traumatique comme la conséquence d'une perturbation sévère du comportement maternel, déjà altéré à la base.

Cette altération est visible dans le comportement de la mère et dans les réactions du bébé. Ce bébé, comme 87 % des bébés de la recherche, n'a pas accès à la signification du récit verbalisé par la mère car il n'a que huit mois. Ses réactions peuvent être donc interprétées comme des réactions à un changement chez la mère au-delà de ce qui est observable, comme une différence de tonus et du « holding » ainsi qu'une modification prosodique. Ces éléments mériteraient d'être analysés dans des études ultérieures pour mieux comprendre à quoi le bébé réagit, notamment quand il est dans une phase de développement préverbal.

## 6. Conclusion

Les résultats obtenus à travers plusieurs méthodes d'observation, apportent des éclairages importants sur les dynamiques qui interviennent dans la transmission du traumatisme de la mère à son bébé. Le cas choisi pour montrer les résultats de cette étude, nous renseigne sur plusieurs aspects, qui au-delà du fait de permettre de confirmer que le traumatisme maternel a un

impact sur les interactions dyadiques, ouvrent sur la formulation de propositions cliniques dont le but serait la prévention précoce de la transmission et de ses effets potentiellement négatifs pour le bébé.

Suite à l'observation réalisée à travers différents outils, nos propositions cliniques s'appuient sur la réduction des facteurs qui déterminent la transmission, dans le but de rendre plus fluides les échanges transmodaux, mais aussi de renforcer les ressources psychiques et relationnelles dont les mères et les bébés disposent.

Un soutien psychologique de la mère devrait être complété, en parallèle, par des interventions cliniques auprès de la relation dyadique.

Nous avons constaté que Madame M., comme les mères qui ont participé à l'étude, présente un tableau clinique complexe, avec la présence de symptômes dépressifs et anxieux ainsi que d'ESPT. De plus, elle est démunie par rapport aux ressources externes de soutien : elle a perdu des êtres chers, elle n'a plus soutien de ses propres parents, ainsi pas de référence pour la transmission de conduites de maternage ainsi que des traditions culturelles.

De ce fait, la proposition de soutien psychologique aux femmes enceintes et mères des jeunes enfants, exposées à des événements traumatiques, doit nécessairement traiter la symptomatologie clinique, et en même temps renforcer leurs propres ressources internes et la mise en lien avec les ressources externes.

Le décrochage psychique et physique de Madame M. lors de la survenance des souvenirs envahissants traumatiques est un comportement très représentatif du comportement observé dans notre échantillon de recherche.

Une proposition d'intervention pourrait se centrer sur un travail qui aide les mères et les futures mères à se focaliser sur le moment présent. Cela pourrait réduire les moments de décrochage et divagation psychique, et favoriser ainsi la réélaboration du passé pour ensuite rendre pensable un futur. Cet accompagnement devrait être doublé d'un travail sur et à travers le corps qui permettrait à la mère de retrouver une sensation de protection et d'enveloppe à travers la peau et explorer le tonus de ses propres gestes dirigés vers le bébé.

Le soutien à la relation mère-bébé pourrait se réaliser à l'aide de séances de stimulation psychomotrice du bébé où la mère serait impliquée dans l'observation du bébé, de ses réactions, pour que mère et bébé, grâce à cet échange guidé et soutenu, puissent se transmettre de façon consciente les émotions et trouver un meilleur accordage affectif.

## Annexe 1. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org.10.1016/j.neurenf.2018.10.004>.

## Déclaration de liens d'intérêts

E. Dozio et C. Bizouerne, intérêts financiers dans l'ONG Action Contre la Faim, employées.

Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Ancharoff MR, Munroe JF, Fisher LM. The legacy of combat trauma: clinical implications of intergenerational transmission. In: Danieli Y, editor. *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York, NY, US: Plenum Press; 1998. p. 257–76.
- [2] Bar-On D, JeanetteKleber Rolf J, Krell, RobertMoore, YaelSagi, AbrahamSoriano, et al. Multigenerational perspectives on coping with the holocaust experience: an attachment perspective for understanding the developmental sequelae of trauma across generations. *Int J Behav Develop* 1998;22(2):315–38.
- [3] Coates S, Rosenthal J, Schechter D. September 11: Trauma and human bonds. Routledge; 2013.
- [4] Hesse E, Main M, Abrams KY, Rifkin A. Unresolved states regarding loss or abuse can have « second generation » effects: Disorganization, role inversion, and frightening ideation in the offspring of traumatized, non-maltreating parents. *Healing trauma: attachment, mind, body, and brain*; 2003. p. 57–106.
- [5] Lyons-Ruth K, Block D. The Disturbed Caregiving System: relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health J* 1996;17(3):77–95.
- [6] Schechter DS, Coots T, Zeanah CH, Davies M, Coates SW, Trabka KA, et al. Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attach Human Develop* 2005;7(3):313–31, <http://dx.doi.org/10.1080/14616730500246011>.
- [7] Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health J* 2001;22(1–2):201–69, [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9).
- [8] Stern DN, Hofer L, Haft W, Dore J. Affect attunement: the sharing of feeling states between mother and infant by means of inter-modal fluency. *Social perception in infants*; 1985. p. 249–68.
- [9] Brand SR, Brennan PA, Newport DJ, Smith AK, Weiss T, Stowe ZN. The impact of maternal childhood abuse on maternal and infant HPA axis function in the postpartum period. *Psychoneuroendocrinol* 2010;35(5):686–93.
- [10] Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, editors. *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press; 1990. p. 161–82.
- [11] Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *J Consulting Clin Psychol* 1999;67(1):54–63, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.54>.
- [12] Dozio E, Feldman M, Moro M-R. Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces. *Prat Psychol* 2016;22(2):87–103, <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2016.01.001>.
- [13] Bosquet M, Egeland B, Carlson E, Blood E, Wright RJ. Mother–infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder. *Develop Psychopathol* 2014;26(01):41–65, <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579413000515>.
- [14] Halevi G, Djalovski A, Vengrober A, Feldman R. Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life. *J Child Psychol Psychiatr* 2016;57(10):1183–93, <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12622>.
- [15] Weiss DS, Marmar CR. *The Impact of Event Scale—Revised*. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, NY, US: Guilford Press; 1997. p. 399–411.
- [16] Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scandinavica* 1983;67(6):361–70, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
- [17] Lebovici S, Mazet P, Visier JP. L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. In: *Médecine et hygiène*. Paris, Genève: Esthel; 1989. p. 151–77.
- [18] Beebe B, Jaffe J, Markese S, Buck K, Chen H, Cohen P, et al. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Attach Human Develop* 2010;12(1–2):3–141, <http://dx.doi.org/10.1080/14616730903338985>.
- [19] Viaux-Savelon S, Leclerc C, Aidane E, Bodeau N, Camon-Senechal L, Vatageot S, et al. Validation de la version française du Coding Interactive Behavior sur une population d'enfants à la naissance et à 2 mois. *Neuropsychiatr Enfance Adolescence* 2014;62(1):53–60.
- [20] Feldman R. *Coding interactive behavior manual*. Israel: Unpublished manual, Bar-Ilan University; 1998.
- [21] Dollberg D, Feldman R, Keren M, Guedeney A. Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant Mental Health J* 2006;27(3):292–309, <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20093>.
- [22] Cohn J, Tronick EZ. Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1989;28(2):242–8, <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198903000-00016>.
- [23] Bailly L. *Traumatisme psychique chez le jeune enfant et théories sociales infantiles*. In: Baubet T, Lachal C, Moro MR, editors. *Bébés et traumas*. Grenoble: La Pensée sauvage; 2006. p. 57–9.
- [24] Van Ee E, Kleber RJ, Mooren TTM. War trauma lingers on: associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health J* 2012;33(5):459–68, <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21324>.
- [25] Beebe B, Lachmann F, Jaffe J, Markese S, Buck KA, Chen H, et al. Maternal postpartum depressive symptoms and 4-month mother–infant interaction. *Psychoanal Psychol* 2012;29(4):383–407, <http://dx.doi.org/10.1037/a0029387>.
- [26] Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior. *Clinical Psychol Rev* 2000;20(5):561–92, [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7).
- [27] Schreier A, Wittchen H-U, Hofer M, Lieb R. Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *Br J Psychiatr* 2008;192(4):308–9, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.033589>.
- [28] Lachal C. *Le partage du traumatisme: contre-transferts avec les patients traumatisés*. Paris: Pensée sauvage; 2006.
- [29] Gampel Y. Différents mouvements de transmission : transmission radioactive destructrice–transmission radioactive créative. *Connexions* 2016;106(2):135, <http://dx.doi.org/10.3917/cnx.106.0135>.
- [30] Feldman M, Dozio E, El Husseini M, Drain E, Radjack R, Moro MR. Des « résidus radioactifs » au cœur d'une dyade mère-bébé ou la transmission du trauma d'une mère à son bébé. *Autre* 2015;16(2):140–9, <http://dx.doi.org/10.3917/lautr.047.0140>.