

# L'état de stress post-traumatique en pédopsychiatrie : diagnostic clinique et abords thérapeutiques

*The post-traumatic stress disorder - PTSD - in psychiatry by children and teenagers : diagnostic and treatments*

**V. Thoua et A. François**

Service de Pédopsychiatrie, H.U.D.E.R.F.

## RESUME

*L'actualité nous confronte quotidiennement à des événements traumatiques divers, que ce soient des conflits armés, des attentats, des catastrophes naturelles, sans oublier les affaires de maltraitance et d'inceste.*

*L'impact de ces traumatismes sur le développement psychique des enfants est souvent très important et nous pouvons observer, chez eux, des symptômes psychiques graves de façon immédiate, mais aussi différée.*

*Le but de cet article est de mettre l'accent sur l'existence de ce trouble chez l'enfant et ce depuis son plus jeune âge, de développer sa symptomatologie et son évolution possible, ainsi que d'aborder les différentes approches thérapeutiques.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 111-5*

## ABSTRACT

*News confronts us daily with various traumatic events, like armed conflict, terrorist attacks, natural disasters, not to mention the cases of abuse and incest. The impact of these traumas on the psychological development of children is often very important and we can observe among them, symptoms of severe mental traumatism immediately and sometimes deferred. The purpose of this paper is to highlight the existence of this disorder by children, to develop its symptoms and its possible developments, and to address the different therapeutic approaches.*

*Rev Med Brux 2010 ; 31 : 111-5*

*Key words : post-traumatic stress disorder, children and teenagers, symptomatology, therapeutics approaches*

## INTRODUCTION

H. Oppenheim (1888) est le premier à avoir attribué le terme de " névrose traumatique " aux symptômes neuropsychiques présents chez les personnes ayant subi un traumatisme dans les suites d'un accident ferroviaire. Freud a repris ce terme<sup>1</sup> et y a reconnu l'influence du réel, mais insistait sur la préexistence d'une névrose antérieure tout simplement réactivée par le traumatisme<sup>2</sup>.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, les conflits armés vont donner " l'occasion " aux psychiatres militaires d'approfondir l'étude clinique des psychotraumatismes. C'est durant la Seconde Guerre mondiale, que les premières études ont été faites sur les répercussions des traumatismes sur les enfants. A. Freud et D. Burlingham ont, à l'époque, étudié les conséquences des bombardements

sur les enfants et ont pu constater une réelle répercussion sur le psychisme de ces derniers. Elles constatèrent un lien entre les réponses psychiques des très jeunes enfants et l'attitude des parents face à un traumatisme<sup>3</sup>.

Il faudra attendre l'arrivée du DSM-III (1980) pour que soit explicitée la notion d'état de stress post-traumatique (PTSD).

C'est en 1994, avec la parution du DSM-IV que les caractéristiques de l'enfant traumatisé et de ses réactions émotionnelles immédiates seront précisées.

Ces dernières années, de nombreux événements traumatiques impliquant tant enfants qu'adultes nous ont été rapportés et continuent à solliciter l'intérêt tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie.

## CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES D'UN TRAUMATISME CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

### L'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique appartient à la catégorie des troubles anxieux au sein du DSM-IV<sup>4</sup>.

D'après cette classification, pour définir un état de stress post-traumatique, il faut avoir la présence de six critères :

- **Critère A** : le sujet a dû être confronté à un événement traumatique où son intégrité physique ou celle des autres a pu être menacée. Face à cet événement, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou même un sentiment d'horreur ont été présents ;
- **Critère B** : reviviscence de l'événement traumatique ;
- **Critère C** : évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale ;
- **Critères D** : présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative absente avant le traumatisme ;
- **Critères E** : durée des symptômes de plus d'un mois ;
- **Critères F** : présence d'une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

On peut différencier l'état de stress post-traumatique " aigu ", lorsque la durée de la symptomatologie se situe entre 1 et 3 mois, l'état de stress post-traumatique " chronique ", si les symptômes durent plus de 3 mois et l'état de stress post-traumatique " à survenue différée ", lorsque le début des symptômes survient au moins 6 mois après l'exposition au facteur de stress.

Pour avoir un syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant, comme déjà mentionné dans le DSM-IV, l'enfant doit avoir été exposé à un stress extrême au cours duquel sa vie a pu être en danger. Chez l'enfant plus jeune, ce trouble peut aussi survenir lorsque ce dernier est témoin d'une agression à l'encontre d'une personne proche.

Sa réaction peut être une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, mais aussi un comportement désorganisé ou agité<sup>5</sup>.

La " triade symptomatique " <sup>5</sup> chez l'enfant comprend :

- le syndrome de répétition (exemples : rêves, récits répétitifs, etc.) ;
- l'évitement (exemples : éviter les activités, les lieux rappelant ou pouvant rappeler le traumatisme, etc.) ;
- l'hyperactivité neurovégétative (exemples : trouble du sommeil, irritabilité, trouble de la concentration, hypervigilance, etc.).

## Symptomatologie de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent

Les critères de déclenchement sont exactement les mêmes que chez l'adulte mais la présentation clinique de l'état de stress post-traumatique varie en fonction de l'âge de l'enfant.

Selon Schwarz et Perry<sup>6</sup>, la symptomatologie s'enrichit avec le développement et l'âge de l'enfant.

On peut ainsi différencier quatre groupes d'âge<sup>1</sup> :

- **Nourrisson et petit enfant (moins de 2 ans)**  
A cet âge, ils sont très sensibles aux réactions émotionnelles de l'entourage. On retrouve surtout des altérations globales du comportement telles que de l'irritabilité, des pleurs ou au contraire une apathie marquée.  
Nous pouvons aussi constater une altération du développement psychomoteur, des troubles alimentaires, des troubles du sommeil ainsi que la présence d'un retard de croissance staturo-pondérale.  
Il est important d'être sensibilisé au fait, qu'à cet âge, un traumatisme peut avoir des conséquences sur le bon développement psychique de la vie future de l'enfant et donc, d'être attentif à tout changement de comportement.
- **Enfants d'âge préscolaire de 2 à 6 ans**  
Durant cette tranche d'âge, on retrouve les somatisations, les phénomènes d'évitements, la tristesse, les angoisses de séparation et des comportements à caractère régressif.  
Quelquefois, on constate la présence d'un retard du langage et d'un retard du développement psychomoteur. Des comportements de retrait voire de mutisme ainsi que des conduites agressives peuvent aussi être présents.
- **Enfants âgés entre 6 et 12 ans**  
En plus des symptômes repris dans le DSM-IV, on constate davantage la présence de troubles anxieux, d'affects dépressifs, et de phénomènes d'inhibition. C'est aussi l'âge durant lequel on voit apparaître la notion de culpabilité en tant que survivant.  
Il convient d'être attentif à toutes modifications dans les jeux de l'enfant ainsi que toute modification dans ses activités sociales.  
On constate aussi l'apparition de phobies spécifiques ainsi que la présence de troubles du sommeil et des difficultés au niveau des apprentissages scolaires qui sont souvent à l'avant-plan.
- **Adolescents**  
La symptomatologie chez les adolescents se rapproche fortement de celle de l'adulte mais nous retrouvons davantage des troubles dissociatifs, des troubles du comportement, des affects dépressifs, ainsi que des abus de substances (drogues, alcool).

Terr<sup>7</sup> préfère différencier les traumatismes selon deux types plutôt que selon l'âge comme l'ont fait Schwarz et Perry<sup>6</sup> :

- **les traumatismes de type 1** correspondant à un

événement unique comme les catastrophes naturelles, les guerres, ou les accidents ;

- *les traumatismes de type 2* correspondant aux traumatismes répétitifs et durables comme les phénomènes de maltraitance physique et sexuelle.

La symptomatologie dans les deux types de traumatismes est assez semblable si ce n'est que l'on retrouve beaucoup plus de troubles de la personnalité et davantage de chronicité dans les symptômes au sein des traumatismes de type 2.

Selon l'étude de C. Cook-Cottone<sup>8</sup>, les traumatismes du deuxième type entraîneraient une mauvaise régulation des émotions et davantage de déni. Cette étude a permis de préciser que l'on retrouve plus de symptômes dissociatifs ainsi que davantage de passages à l'acte autoagressif (dont les automutilations) dans les traumatismes de type 2.

## PREVALENCE

Dans sa thèse, C. Berthiaume<sup>9</sup> a insisté sur le fait que la prévalence varie en fonction des instruments utilisés, de la population, du type de traumatisme, de la gravité et de la chronicité des symptômes.

A. Jolly<sup>10</sup>, quant à elle, précise que l'expérience traumatique est un événement commun aux conséquences psychiques importantes car 5 % des hommes et 10 à 12 % des femmes ont souffert d'état de stress post-traumatique durant leur vie et ce parfois durant des années.

Une étude<sup>11</sup> sur 18 mois auprès d'enfants ayant été victimes d'une prise d'otage dans leur école aux USA avait montré que les enfants n'étaient pas à l'abri de cette symptomatologie et que beaucoup d'entre eux ont développé un PTSD malgré qu'ils n'avaient pas été directement impliqués dans l'assaut. Les auteurs insistent sur l'importance de l'accompagnement des services thérapeutiques et cela pour une durée d'au moins 6 mois.

## FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION

Le fait d'être exposé à un événement traumatique ne suffit pas, vu que le risque de développer un état de stress post-traumatique n'est pas le même chez chacun des individus, ce qui peut être lié au concept de résilience.

Ce concept a notamment été développé par M. Delage<sup>12,13</sup> et B. Cyrulnik<sup>15</sup>.

M. Delage<sup>12</sup> spécifiait : *“ Les êtres humains possèdent des caractéristiques qui les rendent vulnérables à certaines agressions et d'autres qui les protègent ”*.

La résilience est cette capacité à pouvoir “ rebondir ” malgré les traumatismes.

Selon ces auteurs, le concept de résilience se développe autour de deux axes principaux<sup>13</sup> :

- un axe intrapsychique (capacité de représentation, de construction d'un imaginaire, capacité cognitive, croyances en ses compétences, etc.) ;
- un axe relationnel (existence d'un environnement soutenant).

A côté des facteurs de protection, il existe aussi des facteurs de risque pouvant favoriser la survenue d'une pathologie.

L. Côté<sup>14</sup> a développé le concept de “ triade de vulnérabilité ” qui comprend :

- *les facteurs de vulnérabilité pré-traumatiques* (antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, notion de traumatisme antérieur, histoire d'abus sexuel ou physique dans l'enfance, le sexe féminin, l'âge de l'enfant et le niveau de développement) ;
- *les facteurs de vulnérabilité trans-traumatiques* (le traumatisme par sa nature et sa sévérité, selon que ce soit un traumatisme de type 1 ou 2) ;
- *les facteurs de vulnérabilité post-traumatiques* (cohésion et soutien offerts par l'entourage de la victime, présence de séquelles ou blessures physiques, situations stressantes après le traumatisme).

Ce concept est très intéressant pour dresser un portrait des enfants et adolescents susceptibles de développer un état de stress post-traumatique et de ce fait, est un outil des plus utiles au niveau préventif.

## COMORBIDITE

L'association d'un état de stress post-traumatique à d'autres troubles psychopathologiques est fréquente. Ce qui demeure difficile est de savoir différencier si ces troubles précèdent ou suivent le traumatisme<sup>5</sup>.

Comme comorbidités chez les enfants et adolescents, on retrouve principalement les autres troubles anxieux, les troubles dépressifs, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, des épisodes psychotiques brefs, et des troubles des conduites pouvant mener jusqu'à des dépendances à l'alcool et des problèmes de toxicomanie (chez les adolescents)<sup>1</sup> ; ces comportements étant à prendre au niveau symbolique comme des tentatives d'apaisement et d'automédication face aux angoisses.

## LES DIFFERENTES APPROCHES THERAPEUTIQUES D'UN ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

*“ Face à l'horreur, on éprouve une double nécessité : la taire ou la raconter ”*, B. Cyrulnik<sup>15</sup>.

### Interventions immédiates

Cette approche, qui se déroule dans les 72 h

après le traumatisme, permet de repérer les enfants à risque mais aussi de sensibiliser les parents à l'apparition éventuelle de symptômes pouvant évoquer un état de stress post-traumatique.

Un *debriefing* peut se dérouler de manière individuelle ou collective<sup>16</sup>.

Le *debriefing* est proposé de façon préventive et permet à chacun d'exprimer ce qu'il a ressenti.

### Interventions thérapeutiques

Beaucoup d'auteurs tels que B. Cyrulnik<sup>15</sup>, S. Missonnier<sup>17</sup> ont mis l'accent sur la fonction vitale de l'écriture et de la narration face à des événements traumatiques de la vie.

S. Missonnier<sup>17</sup> insiste sur le fait que les enfants ont besoin d'une histoire qui ne soit pas que génétique, médicale ou biologique mais surtout relationnelle.

Priver quelqu'un d'histoire est une forme de violence.

Face à un traumatisme, la narrativité, qui est un espace de récit, permet de remettre les éléments dans le temps. Cette dernière donne une fonction anti-traumatique et interactive. La possibilité de parler de soi, de se raconter constitue une opportunité et le patient devient l'auteur de son récit ; il cesse donc d'être en position passive et devient ou redevient acteur.

#### *Thérapie individuelle*

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été beaucoup étudiée chez les enfants et correspond à des techniques de désensibilisation au stress. Cette approche vise à diminuer les symptômes d'évitements, les réactions anxieuses face aux stimuli rappelant le traumatisme.

Comme indiqué dans l'article de M. Aulagnier<sup>18</sup>, les médias tels que le dessin ou le jeu ou toutes autres formes d'expression artistique ont montré un intérêt non négligeable chez les enfants présentant des symptômes d'état de stress post-traumatique. Ces médias permettent l'expression des émotions et sont moins confrontants surtout pour les très jeunes enfants chez qui l'expression verbale des émotions est encore assez difficile. Des techniques simples de relaxation peuvent aussi être apprises à l'enfant.

Une autre forme de thérapie individuelle consiste en l'EMDR (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*).

Cette approche est une thérapie mise au point par F. Shapiro<sup>19</sup> à la fin des années 80.

C'est une technique visant " un retraitement de l'information " et " une désensibilisation des souvenirs

traumatiques ".

L'EMDR fait objet de controverses mais de nombreux auteurs comme J. Roques<sup>20</sup> tentent de démontrer son efficacité.

Cette thérapie consiste à faire revenir la personne sur l'événement qui l'a fait souffrir mais en même temps on lui confie une autre tâche (par exemple fixer une boule qui bouge) ce qui permet de ne pas sombrer dans la reviviscence traumatique puisque son attention demeure en permanence sensoriellement stimulée et doit rester sur l'ici et maintenant du vécu<sup>20</sup>.

La thérapie EMDR se pratique aussi avec les enfants. Comme cité par J. Roques<sup>20</sup>, chez ces derniers, l'association de la thérapie EMDR avec le jeu est une technique qui montre un intérêt.

La thérapie est de plus courte durée chez les enfants que chez les adultes.

Toutefois, cette approche reste encore controversée car il est difficile de déterminer en quoi la technique de l'EMDR ajoute à l'efficacité des techniques d'expositions reprises dans la thérapie cognitivo-comportementale<sup>18</sup>.

#### *Thérapie familiale*

Le soutien des familles est un élément important car l'enfant est sensible à l'ambiance familiale.

Un risque important d'aggravation du trouble est réel si la famille est en souffrance et que cette dernière évite de parler de ce qui est arrivé dans une volonté de protection de l'enfant<sup>5</sup>.

Une approche plus familiale de soutien permet à chacun de s'exprimer à propos de ses angoisses, de ses peurs et d'exprimer sa souffrance. L'important est de permettre la création d'un climat sécurisant.

M. Delage<sup>13</sup> attire l'attention sur le fait que les troubles à long terme, susceptibles de revêtir une dimension transgénérationnelle, se nourrissent en partie des échecs du travail de crise engendré par le traumatisme. Il démontre par cet article combien les interventions thérapeutiques durant la crise ont une importance majeure afin de favoriser un bon développement psychique de l'enfant et précise que des études ont montré que les enfants qui développent un attachement peu sûr, de type désorganisé, désorienté, ont souvent des parents qui ont connu un traumatisme grave dans leur propre enfance.

#### *Approches pharmacologiques*

L'usage des médicaments dans l'état de stress post-traumatique chez les enfants est réduit et dépend essentiellement de la sévérité et de la chronicité des symptômes, des handicaps qu'ils provoquent sur le fonctionnement social de l'enfant et des comorbidités

éventuelles (dépression, troubles anxieux associés, etc.).

La psychothérapie reste malgré tout le premier choix de la prise en charge tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Une méta-analyse<sup>21</sup> a comparé les prises en charge de patients adultes et a montré qu'en termes de diminution des symptômes, la prise en charge psychothérapeutique était plus efficace que la prise en charge pharmacologique simple. Les médicaments ayant montré leur efficacité étaient les SSRI et le Tegretol®<sup>21</sup>.

Chez les enfants et les jeunes adolescents, les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine peuvent être utilisés mais seulement si la prise en charge psychothérapeutique ne suffit pas vu la présence de comorbidités invalidantes<sup>22</sup>.

Les benzodiazépines sont à éviter tant chez l'enfant, et l'adolescent que chez les adultes vu le risque de dépendance multiple chez ces derniers.

## CONCLUSION

*“ Que l'événement traumatique ait été long ou répété, qu'il ait duré quelques minutes ou quelques heures, il peut causer des perturbations de longue durée ”, L. Côté<sup>14</sup>.*

D'une part, le but de cet article est d'offrir une synthèse de la littérature actuelle ainsi qu'une vision globale sur ce syndrome bien connu chez l'adulte et l'adolescent mais encore trop souvent méconnu chez les jeunes enfants.

D'autre part, ce dernier tend, en termes de prévention, à continuer à sensibiliser les différents intervenants de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, enseignants, parents, etc.) qui croisent régulièrement des enfants victimes d'un traumatisme. Il est important que ces derniers puissent détecter, à temps, les symptômes pouvant émerger, et d'éviter ainsi, les répercussions graves sur leur développement psychique qui conduiront à des séquelles à l'adolescence et à l'âge adulte.

Malgré la démocratisation de la consultation en pédopsychiatrie, cette étape demeure encore difficile à franchir pour beaucoup de familles sans le soutien extérieur d'autres professionnels de la santé.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Vila G, Porche LM, Mouren-Siméoni MC : L'enfant victime d'agression, état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Paris, Masson, 1999
2. Sadlier K : L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. Paris, PUF, 2001
3. Freud A, Burlingham D : War and children. London, International University Press, 1944

4. American Psychiatric Association : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV. Paris, Masson, 1996
5. Le Heuzey MF : Le syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. Arch Pediatr 1999 ; 6 : 573-7
6. Schwarz ED, Perry BD : The post-traumatic response in children and adolescents. Psychiatr Clin North Am 1994 ; 17 : 311-26
7. Terr LC : Childhood Traumas : An Outline and Overview. Am J Psychiatry 1991 ; 148 : 10-20
8. Cook-Cottone C : Childhood posttraumatic stress disorder : Diagnostic, treatment, and school reintegration. School Psychology Review 2004 ; 33 : 127-39
9. Berthiaume C : Le trouble de stress post-traumatique chez les enfants : états des connaissances et examen de l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental suite à un événement traumatique unique. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en psychologie, Université du Québec, Montréal, 2007
10. Jolly A : Evénements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. Annales Médico-Psychologiques 2000 ; 158 : 370-8
11. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC : An 18-month longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostages in their school. Psychosom Med 1999 ; 61 : 746-54
12. Delage M : La résilience familiale. Paris, Odile Jacob, 2008
13. Delage M : Aide à la résilience dans les situations traumatiques. Thérapie familiale 2002 ; 23 : 269-87
14. Côté L : Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. Santé mentale au Québec 1996 ; 21 : 209-28
15. Cyrulnik B : Un merveilleux malheur. Paris, Odile Jacob, 2000
16. Deloge F : Le traumatisme psychique. Temps d'arrêt / lectures 2006
17. Missonnier S, Golse B : Récit, attachement, et psychanalyse, pour une clinique de la narrativité. Toulouse, Erès, 2005
18. Aulagnier M, Limosin F, Verger P, Rouillon F : Les différents modes de prises en charge de l'état de stress post-traumatique. Ann Med Int 2003 ; 154 : 227-32
19. Shapiro F, Silk Forrest M : Des yeux pour guérir. EMDR : La thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes. Paris, Seuil, Couleur Psy, 2005
20. Roques J : Guérir avec l'EMDR, traitement, théorie, témoignages. Paris, Seuil, Couleur Psy, 2007
21. Van Etten ML, Taylor S : Comparative Efficacy of treatments for Post-traumatic Stress Disorder : A meta-Analysis. Clinical Psychology Psychotherapy 1998 ; 5 : 126-44
22. Dierick M, Anseau M, D'Haenen H, Peuskens J, Linkowski P : Manuel de psychopharmacothérapie. Gent, Academia Press, 2003

### Correspondance et tirés à part :

V. THOUA  
H.U.D.E.R.F.  
Service de Pédopsychiatrie  
Avenue J.-J. Crocq 15  
1020 Bruxelles  
E-mail : Vero\_thoua@yahoo.fr

Travail reçu le 12 janvier 2009 ; accepté dans sa version définitive le 19 février 2010.