

Le trouble de stress post traumatique (TSPT) chez l'enfant : propriétés cliniques et prise en charge

Post traumatic stress disorder (PTSD) in children: clinical properties and care

Boucherit saci*

université Badji Mokhtar – Annaba – Algérie, boucherit.saci@gmail.com

Réception : 29/09/2022

Acceptation : 07/12/2022

Publication : 31/12/2022

Résumé : L'exposition au traumatisme est une expérience fréquemment vécue par les enfants, la prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans cette population étant probablement sous-estimée. Si la plupart vont faire preuve de capacités de résilience leur permettant de surmonter ces épreuves, un certain nombre d'entre eux vont toutefois présenter des réactions très diverses, allant de perturbations minimales de la vie de l'enfant à des tableaux cliniques sévères interférant fortement avec le développement psychoaffectif, parmi lesquels le TSPT. Dans le DSM-5, les troubles liés à des traumatismes ont été autonomisés des autres troubles anxieux et des troubles du spectre obsessionnel. Malgré la grande hétérogénéité des réactions psychotraumatiques chez l'enfant, une triade clinique est classiquement décrite, associant des symptômes de répétition, des manifestations d'évitement et une hyperactivité neurovégétative. De multiples approches thérapeutiques sont possibles, TCC et L'EMDR, restes des thérapies limitées dans le temps, qui associe des exercices d'exposition, de remodelage cognitif et d'augmentation des capacités d'adaptation et de résilience, est la plus validée et la plus largement utilisée.

Mots-clés : Trouble de stress post traumatique; Propriétés cliniques; Enfant; Prise en charge.

Abstract: Exposure to trauma is a frequent experience for children, the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in this population being probably underestimated. While most will show resilience capacities enabling them to overcome these ordeals, a certain number of them will nevertheless present very diverse reactions, ranging from minimal disturbances in the child's life to severe clinical pictures strongly interfering with psychoemotional development, including PTSD. In the DSM-5, trauma-related disorders have been made independent from other anxiety disorders and obsessive spectrum disorders. Despite the great heterogeneity of psychotraumatic reactions in children, a clinical triad is classically described, associating repetitive symptoms, manifestations of avoidance and neurovegetative hyperactivity. Multiple therapeutic approaches are possible, CBT and EMDR, remnants of time-limited therapies, which combine exposure exercises, cognitive remodeling and increase in coping and resilience capacities, are the most validated and most widely used.

Keywords: Post traumatic stress disorder; Clinical properties; Child; Care.

* Auteur correspondant

I. Introduction:

Les troubles de stress post-traumatique (TSPT) sont des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Ils se traduisent par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle. Face à un même événement, le risque de développer de tels troubles dépend de facteurs préexistants propres aux patients et du contexte dans lequel les suites de l'évènement se déroulent. Ce trouble est un problème de santé publique touchant en moyenne des patients jeunes (de 24 à 50ans), des femmes en nombre plus important (Deetjens, 2005, p 164). Le manque de connaissances sur la spécificité du trouble fait qu'il est souvent sous diagnostiqué. Selon l'Institut de veille sanitaire, en population générale, la prévalence vie entière du stress post-traumatique a été estimée de 1 à 3% en Europe en 2004. D'une manière plus large, ce chiffre varie selon les études, avec une prévalence vie entière estimée à 6,8 % aux États-Unis, 2,4 % en Italie et 3,9 % en France. Cette prévalence est plus élevée dans les populations exposées à des événements à fort potentiel traumatique (blessures physiques, combats, catastrophes naturelles, agressions sexuelles...) avec dans tous les cas une forte comorbidité et des complications fréquentes et coûteuses en termes humains et financiers.

La prévalence à vie du TSPT est de 6,8% selon une enquête épidémiologique récente de Kessler et ses collaborateurs. La prévalence du TSPT chez les personnes exposées à un événement traumatique semble être plus élevée pour les femmes que pour les hommes. De plus, de 7% à 33% des personnes développent un état de Stress Aigu (ESA) après un événement traumatique. Ainsi, seulement une partie des individus exposés à un événement traumatique développent un TSPT ou un ESA (Vaiva, Lebigot et al, 2005, pp 23-50).

1 - Aspects cliniques généraux :

Chez l'enfant, il est maintenant bien établi que l'état de stress post-traumatique survient en réponse à la confrontation à une situation ou à un événement, exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Comme chez l'adulte, il s'agit d'événements majeurs représentant une menace pour la vie ou l'intégrité physique (catastrophe naturelle, guerre, attentat, viol...), à l'origine d'un traumatisme, et non des stress de la vie courante. La réaction immédiate de l'enfant, qui dépend de la perception du degré élevé de risque, se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement désorganisé ou agité. (American Psychiatric Association. Diagnostic, 1996). La situation échappe à toute possibilité de contrôle par l'enfant ou ses protecteurs naturels, les adultes.

2 - Critères diagnostiques et symptômes :

2-1- Symptômes spécifiques :

D'une manière générale, le trouble de stress post-traumatique est une affection caractérisée dans le DSM-5 par l'apparition de symptômes psychiatriques après exposition à un événement potentiellement traumatique. Quatre dimensions essentielles caractérisent ce trouble : l'intrusion, l'évitement, l'hypervigilance (changement dans l'excitabilité et la réactivité) et les perturbations de l'humeur et de la cognition.

Plus précisément, la présence d'un événement potentiellement traumatique est indispensable pour poser le diagnostic (critère A). Celui-ci est défini par le fait d'avoir été confronté (par menace ou en réalité) à la mort, à une blessure grave, à un risque pour l'intégrité physique ou à une violence sexuelle. Le sujet peut avoir vécu l'événement de manière directe ou indirecte (en tant que témoin). L'annonce qu'un proche ait vécu un tel événement – violent ou accidentel – et l'exposition répétée ou/et extrême à des détails morbides/horrifiants (ramassage de corps humains, écoute de détails sur des violences sur enfants...) font désormais partie des critères. Le spectre traumatique est ainsi élargi : un sujet peut être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses

activités professionnelles, sans être forcément présent lors de l'événement. Cela ne s'applique pas à l'exposition par l'intermédiaire de médias (électroniques, télévision, photos...) sauf en cas de lien avec le travail.

Le maître symptôme reste le syndrome intrusif (critère B) composé de souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de la scène traumatique se manifestant sous la forme de reviviscences/flashbacks diurnes, rêves récurrents avec sentiment de détresse. Les réactions dissociatives, où le sujet sent/agit comme lors de l'événement, se retrouvent également fréquemment. Le sentiment de détresse psychique est majeur lors de l'exposition à des stimulus de rappel (même éloignés), ainsi que les manifestations physiologiques réactionnelles (tachycardie, sueurs...).

Le (critère C) concerne les sujets ayant des comportements majeurs d'évitement des stimulus associés à l'événement (pensées, souvenirs, sentiments, situations...). Le (critère D) est défini par l'altération cognitive et thymique pouvant associer amnésie (d'origine dissociative), perte des affects et des envies, image négative de soi et du monde, sentiment de marginalisation, etc. L'hyperveil/hyperréactivité est très souvent présent, avec une hypervigilance, une irritabilité/colère, des comportements téméraires voire destructeurs, des troubles de concentration et du sommeil (critère E).

Les troubles du sommeil, quasi systématiquement associés, sont un problème majeur du fait de leur fréquence et leur sévérité. Leur présence est à la fois la conséquence et un élément pronostique de la maladie.

Enfin, pour définir le trouble, ces symptômes doivent persister pendant plus d'un mois, entraîner un retentissement significatif social ou professionnel et ne pas être liés aux effets d'une substance ou d'une affection médicale (Piedfort-Marin. Reddemann, 2017, pp 213-220).

3 - Neurobiologie du traumatisme et du TSPT :

La réaction neurobiologique d'un individu à une menace pour son intégrité physique ou psychique implique une réponse immédiate, médiée par le système nerveux sympathique (réponse de type fight or flight, impliquant la sécrétion de catécholamines), et une réponse plus tardive, en cas de persistance de la menace, impliquant l'axe hypothalamo-hypophysosurrénalien et en particulier les glucocorticoïdes. L'exposition cérébrale chronique à des taux élevés de catécholamines et de glucocorticoïdes à un impact sur certaines fonctions cognitives (mémoire, capacités attentionnelles, etc.) et pourrait avoir des répercussions sur le développement cérébral des enfants et des adolescents exposés. Par ailleurs, les conséquences cérébrales, à la fois structurelles et fonctionnelles, de l'exposition à des traumatismes répétés durant l'enfance et l'adolescence, dans le cadre d'un possible TSPTC, sont de mieux en mieux connues. De nouveaux modèles neurobiologiques de compréhension du TSPT, associant des pertes et des gains synaptiques liés au stress, ont récemment été développés, en lien avec des hypothèses pharmacodynamiques ouvrant de nouvelles perspectives thérapeutiques. Enfin, des modèles d'épigénèse probabiliste ont tenté d'expliquer comment les traces biologiques du traumatisme peuvent avoir des répercussions, à un niveau conscient et inconscient, non seulement sur la vie entière de l'individu mais également sur les générations suivantes (Porges, 2022, pp 236-238).

4 - La traumatisation dans l'enfance :

Si les conséquences des violences subies sont dues à des mécanismes à la fois psychologiques et neurobiologiques, de façon plus ou moins consciente, l'enfant développe des stratégies d'évitement pour limiter les risques de réactivation de ce qui s'est construit comme une mémoire traumatique. Néanmoins cette mémoire rejaillit souvent dans la manifestation de troubles du comportement, du sommeil, ou dans des conduites dangereuses, des addictions.

Mais, dans un monde adulte où ces troubles sont tellement méconnus, l'enfant traumatisé se trouve le plus souvent étiqueté « d'hyperactif », « d'ingérable », « de déstructuré et déstructurant », voire de « psychotique » ou de « caractériel » Pour éviter cette réaction

qui ne peut apporter de solutions à ces troubles), il faut sortir du déni et reconnaître l'incidence de la mémoire traumatique. Il reste à ce niveau beaucoup à faire pour que tous ces enfants aux vies fracassées puissent reprendre confiance en eux, en nous et surtout... en la vie.

La question de l'enfant et de son exposition à un événement traumatique n'est pas nouvelle et est universelle. Pourtant, envisager cette réalité reste difficile à concevoir pour de nombreuses personnes amenées à accueillir, accompagner ou rencontrer ces âmes blessées. La reconnaissance de la douleur d'un enfant, qu'elle soit psychique ou physique reste difficile à admettre et plus particulièrement la douleur traumatique. La question est pourtant essentielle pour les petits et les grands qui s'occupent des petits (Vila. Porche, 1998 pp 124-131).

Les bébés, les enfants sont particulièrement vulnérables vis-à-vis des syndromes psychotraumatiques. L'impact des événements traumatogènes sera d'autant plus néfaste qu'ils surviennent tôt dans la vie du sujet (Sadlier, 2001, pp 8-10).

Les données montrent que plus de deux tiers des enfants ont vécu au moins un événement traumatogène au cours de leur vie, qu'un tiers d'entre eux en a vécu de façon répétée et qu'au moins 20 % d'entre eux ont développé par la suite un syndrome psychotraumatique (Lebigot, 2011, p 117).

Les études montrent que le traumatisme psychologique vient toucher en profondeur l'élan développemental de l'enfant ou de l'adolescent et interfère non seulement avec son développement psychoaffectif, cognitif, identitaire et la construction de son estime personnelle mais aussi avec les processus d'apprentissage. De plus, si le trauma frappe directement le jeune, il touche aussi l'environnement dans lequel il évolue dont, en particulier, sa famille, menaçant l'équilibre de cette dernière et la santé mentale de chacun de ses membres (Laroche, Dozio, 2019, p 37).

4-1- L'exposition répétée à des événements traumatogènes conduit à des troubles complexes et chroniques :

La problématique se complexifie encore dès lors que les événements traumatogènes se multiplient pour un même individu et que la traumatisation devient chronique.

Chez le bébé, l'enfant et l'adolescent, ce type de traumatisation est souvent associé à la répétition d'épisodes de violence interpersonnelle impliquant ses figures d'attachement (parents, famille, proches, gardes d'enfants, etc.). Les conséquences délétères sont considérables. Les troubles de l'attachement qui en résultent se traduisent par une perte profonde du sentiment de sécurité et de la sûreté personnelle (perte de confiance en soi et dans l'autre), l'appauvrissement des capacités à exprimer sa curiosité et à explorer le monde, une atteinte du développement émotionnel et social et du développement futur des relations interpersonnelles, pouvant également affecter la capacité à s'appuyer sur ses ressources ou demander de l'aide en cas de crise. Pris dans leur ensemble, ces handicaps développementaux constituent, pour certains auteurs, une entité nosographique à part entière dénommée trouble traumatique du développement. Dans ce cadre, la littérature montre que ces handicaps s'accumulent à l'âge adulte pour donner lieu à des présentations cliniques particulières identifiées sous les termes de « troubles de stress extrême non autrement spécifiés » (Disorders of Extrem Stress Not Otherwise Specified, DESNOS) ou de TSPT complexe. Une relation étroite existe également avec la dissociation chronique et les troubles dissociatifs.

Chez l'adulte, la traumatisation chronique est, elle aussi, souvent associée à la répétition de situations de violence interpersonnelle desquelles il est difficile voire impossible de s'échapper. C'est le cas, en particulier, de la violence intrafamiliale, des génocides et des guerres. La traumatisation chronique apparaît également fréquente dans le cadre de l'exercice de professions à haut risque en termes d'exposition directe et indirecte à la violence, à la mort et à leurs conséquences.

Comme chez l'enfant et l'adolescent, la multiplication de tels événements pour un même individu aggrave le tableau clinique. Ainsi, une étude transversale conduite en 2014 sur

une base de données internationale regroupant 20 pays (n= 51 295) montre que, comparativement aux autres cas de TSPT, ceux résultant d'au moins 4 événements traumatogènes sont associés à une présentation clinique plus complexe ainsi qu'à une détérioration fonctionnelle et une morbidité plus importantes. Ces résultats font écho à ceux obtenus dans une étude de suivi d'une cohorte de 1450 vétérans de la guerre du Viêt-Nam selon lesquels, 40 ans après la fin du conflit, 11% d'entre eux souffrent encore de symptômes de TSPT suffisamment invalidants pour altérer leur fonctionnement. Des résultats similaires sont retrouvés pour les femmes victimes de violences conjugales. En 2018, l'Organisation mondiale de la santé a introduit dans la 11ème version de la classification internationale des maladies (CIM-11) un diagnostic de TSPT complexe, reconnaissant cette entité nosographique comme un trouble à part entière (Patricia, James, Strain, 2018, pp 61-68).

4-2- Les difficultés à dépister et à évaluer le TSPT :

La nature du SSPT et le fait qu'il se manifeste souvent à la fois chez les parents et les enfants peuvent entraîner des difficultés pour l'évaluation.

Les enfants sont très sensibles aux réactions de leurs parents, à la fois lors de l'événement même et lorsqu'ils en parlent par la suite. Il n'est pas rare que les enfants évitent de parler d'un événement traumatisant et de ses conséquences, parce qu'ils s'aperçoivent rapidement qu'ils perturbent leur(s) parent(s). Les enfants et les adolescents ne dévoilent pas nécessairement leurs sentiments, surtout s'ils ne se sentent pas en sécurité.

Pour diverses raisons, certains parents éprouvent de la difficulté à percevoir les symptômes de SSPT de leur enfant. Ils peuvent : (Kédia, Sabouraud-Seguin, 2013, pp 96-98).

- souffrir eux-mêmes de TSPT et, par conséquent, avoir de la difficulté à compatir avec les émotions de leur enfant, d'en prendre conscience ou de discuter des événements traumatisants.
- se sentir coupables de ne pas pouvoir protéger leurs enfants de l'adversité. La culpabilité peut inciter les parents à négliger ou à mal interpréter les symptômes d'un enfant.
- éviter de discuter des événements traumatisants afin de protéger leur enfant.
- éviter de discuter des événements traumatisants en raison de tabous culturels.
- penser que leur enfant vit une phase qui finira par lui passer.
- hésiter à confier leur détresse ou celle de leur enfant parce qu'ils craignent que des signes de trouble mental nuise au statut d'immigration de leur famille.

En milieu scolaire, il se peut que les enseignants n'aient pas conscience que le comportement perturbateur ou perturbé découlent du SSPT, mais l'attribuent plutôt aux différences culturelles, à de mauvaises pratiques parentales ou à « un mauvais enfant ». Il est important d'admettre que les enfants, les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant auront une interprétation différente de la signification des symptômes, une série d'explications différentes et des opinions diversifiées sur ce qui peut et devrait être fait. Vous en saurez davantage au sujet de ces différences dans le module sur la compétence culturelle (Duchet, 2018, p 51).

4-3- Comment se manifeste un trouble de stress post-traumatique :

Après un traumatisme, on peut observer des symptômes transitoires. Ainsi, en cas de symptômes post- traumatiques dans le premier mois, on parle de « trouble de stress aigu ». Dans certains cas, les symptômes s'amendent en quelques jours ou semaines. Dans d'autres cas, ils persistent et s'aggravent. Plus rarement, ils apparaissent à distance de l'événement (plusieurs semaines ou mois après). Lorsque les symptômes sont présents plus d'un mois, on peut poser le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, et cela implique alors la mise en place d'un programme de soins.

Les troubles les plus souvent associés à l'état de stress post-traumatique chez l'enfant et chez l'adolescent sont les troubles dépressifs et les troubles anxieux (notamment l'anxiété de séparation). A aussi été retrouvée une comorbidité avec l'abus de substances, les

troubles des conduites, les troubles oppositionnels et les troubles avec déficit de l'attention. Ces troubles, comme tous les troubles comorbides, peuvent être une expression clinique des syndromes psychotraumatiques au même titre que l'état de stress post-traumatique ou, s'ils sont préexistants, peuvent s'aggraver après un événement traumatique (Boudoukha, 2020, pp 77-89).

La personne atteinte de stress post-traumatique revit en permanence l'événement à travers des souvenirs, des rêves ou des flash-backs qui la saisissent par surprise. Elle éprouve également un certain sentiment d'anesthésie émotionnelle et de détachement. Elle a l'impression d'avoir perdu le contact avec son environnement, le sentiment d'évoluer en permanence dans le brouillard, anormalement froid et distant. D'autres symptômes peuvent survenir : troubles du sommeil, irritabilité, détresse, difficultés à se concentrer, crises d'anxiété, etc.

Parfois, les sensations physiques ressenties au moment du traumatisme resurgissent à l'improviste. Ces symptômes s'accompagnent d'une tendance à fuir tout ce qui pourrait rappeler le traumatisme. Cette attitude d'évitement peut aboutir à l'amnésie partielle ou totale des événements.

Le trouble anxieux généralisé et sévère caractéristique du TSPT se manifeste parfois par des crises d'angoisse ou des attaques de panique. Si la personne a, ou croit avoir une part de responsabilité dans l'événement traumatique (lors d'un accident de la route, par exemple), l'anxiété s'accompagne souvent d'une perte d'estime de soi.

Au bout de plusieurs mois, ces symptômes ont un fort impact négatif sur la vie quotidienne et le bien-être. Des complications peuvent survenir, tels des troubles du comportement alimentaire ou des toxicomanies (alcool, drogues, médicaments). Dans 25 à 30 % des cas, on assiste à l'apparition de symptômes dépressifs (Lebigot, 2021, pp 73-76).

5 - Le trouble de stress post-traumatique chez les enfants :

Les enfants sont davantage prédisposés au TSPT, car ils ont du mal à relativiser ce qu'ils vivent. Chez eux, en marge des causes habituelles, un état de stress post-traumatique peut apparaître quelques semaines après un événement imaginaire ou fictionnel — un film particulièrement violent, par exemple. De même que les adultes, les enfants qui souffrent de TSPT revivent les événements stressants et font des cauchemars. Ils ont peur sans raison apparente et tendent à se replier sur eux-mêmes. Souvent, ce sont des enfants agités et colériques qui ont du mal à se concentrer et souffrent de troubles du sommeil. Les traitements sont efficaces pour soigner les enfants atteints de TSPT aussi bien que les adultes.

5-1- Spécificités chez l'enfant :

Un certain nombre de spécificités sémiologiques et liées au développement caractérisent la présentation de TSPT du jeune patient. Le syndrome de répétition reste l'élément central et quasi pathognomonique. Les enfants ont des jeux répétitifs, des « remises en actes », dont la dimension de plaisir est absente, à la différence du jeu proprement dit, évoquant certains aspects de l'événement traumatique qu'ils n'ont pas conscience de rejouer ainsi. Les souvenirs du traumatisme, répétitifs et intrusifs, peuvent être visualisés sous la forme d'hallucinations, d'illusions et de flash-back, mais moins souvent que chez l'adulte. Des reviviscences auditives, tactiles ou olfactives sont parfois rapportées. De tels souvenirs, fortement sensorialisés, sont déclenchés par des stimulus actuels rappelant le traumatisme ou surviennent spontanément, notamment dans les moments où l'attention des enfants se relâche : lorsqu'ils s'ennuient en classe ou devant la télévision, au repos ou au moment de l'endormissement. Les rêves récurrents de reviviscence traumatique, considérés comme le cœur sémiologique de la névrose traumatique de l'adulte, sont moins fréquents chez l'enfant qui ferait, notamment avant l'âge de 5 ans, plutôt des cauchemars à thèmes non spécifiques, sans contenu reconnaissable, ou des terreurs nocturnes (Orban, 2022 p 108).

5-2- L'émoussement de la réactivité générale :

Avec anesthésie affective, réduction des intérêts et sentiment de détachement, classique chez l'adulte, est rare chez l'enfant à la suite d'un traumatisme unique et ce d'autant qu'il est plus jeune. Fatalisme, pessimisme et sentiment d'avenir « bouché » témoignent fréquemment d'une attitude changée à l'égard de la vie et des autres : ces enfants ont la conviction que d'autres traumatismes se produiront nécessairement, un sentiment profond de vulnérabilité et la perte de la confiance habituelle accordée aux adultes protecteurs.

5-3- Les peurs spécifiques liées au traumatisme :

Sont des manifestations phobiques inhabituellement tenaces. L'évitement persistant du stimulus associé au traumatisme en est rapproché. Il s'agit d'efforts délibérés pour éviter les activités ou les situations en rapport avec l'événement traumatique, mais aussi les pensées et les sentiments qui y sont liés (Brillon, 2020, pp 10-20).

5-4- Des distorsions des cognitions et des souvenirs :

Elles sont souvent marquées des événements traumatiques sont présentes, l'amnésie psychogène post-traumatique, en revanche, est assez rare. Les faits peuvent être relatés avec une clarté et un luxe surprenant de détails, mais leur chronologie est évoquée dans le désordre, et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes. Enfin, la « réévaluation cognitive » des événements a posteriori génère la croyance en des « présages » de mauvais augures que l'enfant pense « prédictifs » de ce qui allait se passer, reconstructions et réinterprétations du passé ou des souvenirs de l'enfant (Morgan, 2012, p 32).

5-5- L'hyperactivité neurovégétative :

Elle recouvre un ensemble de symptômes apparus au décours du traumatisme : difficultés d'endormissement et réveils multiples, irritabilité et accès de colère, état d'alerte, hyper vigilance et réactions exagérées de sursaut, troubles de l'attention et de la concentration se répercutant sur la scolarité. Les plaintes somatiques (céphalées et douleurs abdominales), très fréquentes chez l'enfant, peuvent en être rapprochées.

5-6- Les phénomènes régressifs :

Une énurésie, un parler « bébé » ou une succion du pouce par exemple) sont fréquents après un psychotraumatisme (Romano, 2013, pp 166-167).

5-7- Autres spécificités du TSPT chez l'enfant :

On distingue deux sortes de traumatismes de l'enfance qui peuvent avoir des répercussions même à l'âge adulte. Il s'agit des traumatismes de type I et des traumatismes de type II. Le traumatisme de type I est caractérisé par l'exposition à un événement traumatique unique, avec un début et une fin clairement repérés. Il est induit par un agent stressant aigu, non abusif (agression, incendie, catastrophe, etc.). Le traumatisme de type II est consécutif à la répétition du traumatisme, sa présence constante ou la menace de se reproduire à tout moment durant une longue période. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif. Les abus sexuels, la violence politique, les faits de guerre, les maltraitances intrafamiliales, etc. sont quelques exemples de traumatismes de type II. Des manifestations comme l'émoussement affectif, la dépression, les plaintes somatiques, peuvent être associés au traumatisme de type II. Pour résumer, plusieurs situations peuvent entraîner des traumatismes chez l'enfant. Il s'agit d'événements accidentels (accidents de la voie publique, accidents ferroviaires, incendies, etc.), de catastrophes naturelles (séismes, inondations, tsunami, etc.), d'actes intentionnels : violences familiales ou domestiques (maltraitances), de cambriolages, d'actes terroristes, de faits de guerre, etc. L'expression du TSPT chez l'enfant peut avoir une coloration culturelle, et ce en fonction du contexte socioculturel et de la nature de l'expérience. De précédents travaux ont mis en exergue le rôle du contexte socioculturel dans la compréhension des traumatismes, les symptômes en réaction à ces traumatismes et la réponse et/ou le traitement adapté. Ainsi, on peut penser que les enfants victimes de guerres en Afrique ou ceux victimes des catastrophes naturelles (ouragan, tsunami, etc.) En Asie présentent quelques symptômes de TPST différents de ceux d'enfants occidentaux qui présenteraient un TSPT lié à d'autres problématiques.

L'état de stress post-traumatique (TSPT) est la principale conséquence psychopathologique après l'exposition à un événement majeur, tels ceux menaçant la vie ou l'intégrité du sujet ou encore ceux où la victime est spectatrice de la mort d'autrui. Les connaissances pour l'enfant ont beaucoup progressé ces dernières années, notamment du point de vue clinique : les états de stress post-traumatiques existent chez l'enfant, voire le très jeune enfant ; ils ne reflètent pas la carence parentale mais, comme chez l'adulte, les conséquences de l'exposition à un événement catastrophique, indispensable à ce diagnostic. Ces états sont la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle et prédisposent à la survenue d'autres troubles, aggravant ainsi le pronostic. Ils sont nettement plus fréquents qu'on ne le croyait. Après un événement donné, il a été montré que deux tiers des enfants exposés pouvaient souffrir de ce type de troubles dans les mois suivants. (Canini, El hage, Garcia, 2017, pp 237-240).

6 - Les troubles psychiatriques comorbides :

Des troubles psychiatriques comorbides peuvent se manifester chez les enfants et les adolescents ayant un TSPT, y compris :

- * la dépression marquée.
- * la consommation abusive d'alcool et la consommation de drogues.
- * un autre trouble anxieux (p. ex., anxiété de séparation, trouble panique, trouble anxieux généralisé).
- * les troubles d'extériorisation (p. ex., trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites).

Il faut s'attarder particulièrement à la comorbidité de la dépression, car le TSPT s'associe à un trouble dépressif jusque dans 50 % des cas (Chahraoui, 2014, p 91).

7 - Un enjeu particulier chez l'enfant :

Chez l'enfant et l'adolescent, le diagnostic de TSPT est complexe et nécessite de rechercher activement des signes cliniques d'appel car, généralement, l'enfant ne s'en plaindra pas de façon explicite. Le TSPT de l'enfant constitue une réponse différée et prolongée à une situation traumatisante. La reconnaissance de ce diagnostic est importante relativement à la place qu'il peut prendre dans la construction de la personnalité de l'enfant, mais également dans la survenue de troubles du comportement (dont la mise en danger de soi) ou de la socialisation. La prise en charge du TSPT nécessite de suivre et d'accompagner l'enfant mais aussi sa famille.

8 - Distinguer TSPT simple et TPST complexe :

Il est important de distinguer le TSPT simple consécutif à un événement isolé (accident, attentats, agression, etc.) et le TPST complexe consécutif à l'exposition répétée à des violences (maltraitance, violences intrafamiliales, professions à risques, etc.) car les enjeux et les conséquences développementales sont différentes et nécessitent des prises en charge et des parcours de soins différents (Brillon, 2008, pp 111-112).

Les traumatismes précoces et répétés sont des facteurs de risques de troubles neurodéveloppementaux, et de troubles psychopathologiques à l'adolescence et à l'âge adulte (abus de substances, troubles des conduites, troubles anxieux, dépression, suicide, épisodes psychotiques, etc.).

9 - Traitement du TSPT chez les enfants :

Une prise en charge globale : médicale (somatique et psychiatrique), psychologique, sociale : Les syndromes psychotraumatiques présentent un caractère systémique qui impose une approche de santé globale ne dissociant pas artificiellement prise en charge psychologique et prise en charge somatique. De plus il s'agit aussi de protéger les victimes. La prise en charge comporte donc une dimension pluridisciplinaire afin d'assurer la prise en compte des dimensions psychologique et psychiatrique, somatique, et sociale. Elle s'inscrit dans un travail en réseau pour assurer la protection, le suivi et l'accompagnement de la personne vivant l'épreuve du psychotraumatisme dans toutes ces dimensions (accès au logement ou à l'hébergement, accompagnement juridique, accès aux droits sociaux, retour à l'emploi...).

9-1- Une prise en charge la plus précoce possible :

Une prise en charge la plus précoce possible dans les suites d'un traumatisme psychique est indispensable. Les patients qui bénéficient d'une prise en charge globale immédiate souffrent deux fois moins de TSPT six mois après les faits (Josse, 2019, pp 156-159).

9-2- Améliorer l'état des connaissances et standardiser les bonnes pratiques :

La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et les difficultés de repérage et de prise en charge des formes complexes peuvent être à l'origine de diagnostic incomplets, voire erronés, avec des prises en charge inadaptées, inadéquates ou insuffisantes.

Les professionnels manquent d'outils et peuvent se sentir démunis face à des troubles intriqués. Ce manque de connaissance et de formation des intervenants est à l'origine d'une perte de chance dans le soin et est préjudiciable au niveau juridique : stigmatisation, crédibilité / non-reconnaissance du statut de victime, etc. En l'absence de standardisation des pratiques, des pratiques non validées sont observées sur le terrain.

9-3- Traitement psychothérapeutique :

Il est avant tout nécessaire de s'assurer que toute menace est écartée pour l'enfant, et si ce n'est pas le cas, de prendre toute mesure utile pour le protéger. Dans le premier mois après l'événement, il faut rassurer l'enfant, lui fournir ainsi qu'à ses parents des informations sur l'évolution des troubles, et rassurer les parents sur leur capacité à aider leur enfant. Si les troubles s'aggravent ou persistent, une consultation auprès d'un spécialiste est préconisée.

Le traitement du trouble de stress post-traumatique de l'enfant est la psychothérapie, et les psychotropes ne sont pas indiqués.¹⁰ L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur le traumatisme et des thérapies par le jeu est bien démontrée. Les preuves d'efficacité des traitements psychodynamiques sont moins fortes, mais celles-ci sont très utilisées. La prise en charge passe essentiellement par la psychothérapie (thérapie cognitivo-comportementale, EMDR). Grâce aux recherches en cours, une meilleure compréhension des mécanismes qui favorisent la résurgence des souvenirs douloureux permettra, à terme, de prévenir, soulager voire guérir ces troubles (Lopez, 2020, p 84).

L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) n'a pas fait ses preuves à ce jour chez l'enfant. Par ailleurs, le traitement de l'enfant ne saurait s'envisager sans celui de la famille. Lorsque l'enfant est le seul à avoir été traumatisé, ses parents ont souvent des difficultés à comprendre ses symptômes, surtout lorsque ceux-ci durent. L'enfant peut alors être décrit comme peureux, capricieux, etc., et le médecin se doit d'expliquer aux parents la signification des troubles de leur enfant. La culpabilité est toujours forte, et il faut qu'elle trouve à s'exprimer. Dans d'autres cas, le traumatisme de l'enfant va exacerber le trouble de stress post-traumatique du parent, soit parce qu'ils ont été traumatisés ensemble, soit parce que le parent est atteint de ce trouble, parfois jamais dit. Dans ces cas, on peut observer des « troubles de stress post-traumatique à deux » dans lesquels les symptômes de l'un exacerbent ceux de l'autre dans un cercle vicieux, ce qui nécessite une intervention thérapeutique appropriée.

Le fait de posséder des données spécifiques sur la conceptualisation du TSPT chez les enfants de diverses tranches d'âge ainsi que sur les facteurs de risque associés au développement et au maintien du trouble a graduellement permis l'élaboration de programmes de traitement adaptés. Les études portant sur l'évaluation de l'efficacité des traitements se multiplient depuis quelques années. Les interventions les plus fréquemment évaluées incluent la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la désensibilisation par mouvements oculaires (DMO), les stratégies psychoéducatives ou psychosociales, les thérapies par l'art ou par le jeu et la pharmacothérapie (Bilodeau, El Hage, 2018, pp 144-148).

9-4- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :

L'efficacité de la TCC est depuis longtemps reconnue dans le traitement des troubles anxieux, de la dépression et des troubles de comportement chez les enfants d'âge scolaire. Ce type de traitement est facile à adapter et à implanter auprès de diverses populations (enfants et adolescents), de format de traitement (individuel ou en groupe) ou de lieu (bureau, école, communauté, etc.). En ce qui a trait au TSPT, les appuis empiriques sont moins nombreux. Cependant, les chercheurs s'entendent sur le fait que les éléments suivants devraient se retrouver dans les programmes de TCC pour le TSPT: stratégies psychoéducatives, techniques de gestion de l'anxiété, stratégies cognitives et d'exposition graduelle en plus d'une participation active des parents. Par ces stratégies, la TCC permet l'intégration émotionnelle du traumatisme, c'est-à-dire qu'elle vise à diminuer la fréquence et l'intensité des souvenirs intrusifs de manière à favoriser un retour à un fonctionnement normal.

Selon Maxime Fortin, le TSPT est « particulièrement complexe à gérer et à traiter ». C'est pourquoi il étudie une forme modifiée de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le traitement de ce trouble en évaluant ses effets sur la qualité de vie et les problèmes connexes. « La TCC est la forme de thérapie la plus validée scientifiquement, explique Maxime Fortin, et la plus recommandée par les organismes de santé pour le TSPT, même si elle a ses limites. La TCC vise principalement à corriger, avec l'individu, les associations et apprentissages nuisibles qui alimentent son trouble. Pour améliorer certains comportements, pensées et émotions problématiques, la TCC utilise plusieurs stratégies, comme l'exposition progressive à un élément stressant pour apprendre à ne plus le percevoir comme menaçant, un meilleur contrôle de la respiration pour composer avec l'anxiété, ou l'apport de nouvelles perspectives pour aider à changer les pensées et croyances, sources de détresse ».

9-5- Thérapie flexible :

Cette nouvelle approche est dite flexible puisqu'elle vise à adapter le traitement aux besoins spécifiques de chaque personne. Le nombre de séances offert est établi selon les besoins. « Dans les recherches précédentes, précise Maxime Fortin, il y avait un nombre fixe de séances, environ 12. Nous offrons plutôt de 8 à 32 séances, pour adapter le traitement à la gravité des symptômes de chacun et laisser le temps à la personne de se rétablir. Ensuite, nous offrons des modules complémentaires pour les problèmes connexes au TSPT, par exemple les difficultés de sommeil, les douleurs somatiques, les difficultés relationnelles ou l'anxiété. Il y a deux théories pour le traitement du TSPT. La première veut que si l'on attaque le trouble de stress post-traumatique en soi et ses symptômes, tout le reste ira nécessairement mieux après. Nous croyons que de regarder toutes les difficultés vécues par ordre de priorité, plutôt que de se concentrer uniquement sur le trouble, peut-être plus avantageux puisqu'on aborde l'ensemble de ce qui se passe chez la personne. » (Tenenbaum, 2017, p 211).

10 - Conclusion :

Les TSPT de l'enfant apparaissent, à l'inverse des idées reçues, fréquents, durables et potentiellement graves. Le jeune âge n'est pas protecteur. Il existe encore peu d'études systématiques, en particulier prospectives, sur le devenir à long terme du traumatisme et des TSPT de l'enfant. Outre la persistance prolongée de l'TSPT et la survenue des troubles associés qui peuvent évoluer pour leur propre compte (par exemple, sous la forme d'une maladie dépressive), divers troubles de la personnalité ont été décrits dans l'évolution des traumatismes de l'enfance (personnalités multiples, borderline, « modifications durables de la personnalité après une expérience de catastrophe » d'après l'OMS). En l'absence d'antécédents schizophréniques ou paranoïaques et (ou) de toxicomanie, les évolutions psychotiques chroniques après un traumatisme restent discutées, à la différence des manifestations aiguës telles que la psychose réactionnelle brève. Les complications psychosociales grèvent également le devenir : problèmes relationnels et de parentalité, isolement, marginalisation, dissociation familiale,

difficultés scolaires et professionnelles, violence, délinquance, prostitution (en particulier en cas de sévices sexuels) ...

Le devenir des TSPT aigus et spontanément résolutifs est mal connu. Comme les traumatismes antérieurs, ils pourraient faciliter, « préparer » la survenue d'un ESPT à l'occasion d'une nouvelle rencontre avec un événement majeur, ou rendre compte de rechutes lors de périodes de stress. Il n'existe aucune donnée objective sur le devenir à long terme du traumatisme du nourrisson et du très jeune enfant en phase préverbale. Enfin, les thérapeutiques de l'TSPT n'ont pas fait l'objet d'études de validation suffisantes chez l'enfant. La complexité des cas relève le plus souvent d'une prise en charge spécialisée, sa qualité ainsi que celle de l'accueil des jeunes victimes et de leur famille étant un facteur pronostique majeur en contraste avec le risque de survictimation iatrogène (Van der Kolk, Weill, Wiart, 2020, pp 261-263).

Référence :

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (1996). 4th ed. Washington DC. Critères diagnostiques. Traduction française par J.D. Guelfi et al. Paris : Masson.
- Bilodeau, Mathieu. El Hage, Wissam. (2018). Stratégies thérapeutiques des traumatismes. 1e édition., France : Editions Presses Universitaires François-Kabelais.
- Boudoukha, Abdel Halim. (2020). Burn-out et stress post-traumatique. 2e édition., Paris, France : Editions Dunod.
- Brillon, Pascale. (2008). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. 3e Edition., Québec. Canada : Editions Québecor.
- Brillon, Pascale. (2020). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : Guide à l'intention des thérapeutes. 5e édition., Canada, Québec : Editions Québec-Livres.
- Canini, Frédéric. El hage, Wissam. Garcia, René. (2017). Savoir pour soigner : le trouble de stress post-traumatique. 1er Edition., France : Mona édition SAS.
- Chahraoui, Khadija. (2014). 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. 1e édition., Paris, France : Editions Dunod.
- Deetjens, Marie-Chantal. (2005). Le stress post-traumatique : Parcours de guérison. 2e édition., Québec. Canada : Editions Québecor.
- Duchet, Clara. (2018). Cliniques du traumatisme. 2e édition., Paris, France : Editions Dunod.
- Josse, Evelyne. (2019). Le traumatisme psychique chez l'enfant : Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. 2e édition., France : Editions De Boeck supérieur.
- Kédia, Marianne. Sabouraud-Seguin, Aurore. (2013). L'aide-mémoire de psychotraumatologie. 2e édition., Paris, France : Editions Dunod.
- Laroche, Mathilde. Dozio, Elisabetta. Moro, Marie Rose. (2019). Le traumatisme psychique chez l'enfant. 1e Edition., France : Editions In Press.
- Lebigot, François. (2011). Le traumatisme psychique. 1e édition., France : Editions Fabert.
- Lebigot, François. (2021). Traiter les traumatismes psychiques. 5e édition., Paris, France : Edition Dunod.
- Lopez, Gérard. (2020). Traiter les Psychotraumatismes. 3e édition., Paris, France : Editions Dunod.
- Morgan, Sabine. (2012). L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs. 1er Edition., France : Édition Mon Petit Editeur.
- Orban, Pierre. (2022). Psychothérapies pour le trouble du stress post-traumatique : Exposition prolongée - Retraitement cognitif - Thérapie cognitive du TSPT – EMDR. 1er Edition., Paris, France : Edition Dunod.
- Piedfort-Marin, Olivier. Reddemann, Luise. (2017). Psychothérapie des traumatismes complexes : Une approche intégrative basée sur la théorie des états du moi et des techniques. 1er Edition., France : Edition SATAS.
- Porges, Stephen. (2022). Neurobiologie des émotions : Les solutions de la Théorie Polyvagale. 1e édition., France : Editions EDP Sciences.
- Rege, Patricia. James, Jérôme. Strain, Marc-Antoine. (2018). Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. 1e édition., France : Editions Elsevier Masson.

- Romano, Hélène. (2013). L'enfant face au traumatisme. 6e édition., paris, France : Editions Dunod.
- Sadlier, Karen. (2001). L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. Apports et limites. 2e Edition., France : PUF.
- Tenenbaum, Sylvie. (2017). Dépasser ses traumatismes : Comprendre le stress post-traumatique, en guérir et retrouver confiance. 1er Edition., Paris, France : Editions Leduc.
- Vaiva, Guillaume. Lebigot, François. Ducrocq, François. Goudemand, Michel. (2005). Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. 1e édition., France : Editions Elsevier Masson.
- Van der Kolk, Bassel. Weill, Aline. Wiart, Yvane. (2020). Le Corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. 1e édition., France : Editions Albin Michel.
- Vila, Gilbert. Porche Luc-Michel. (1998). L'enfant victime d'agression : Etats de stress post-traumatiques chez l'enfant et l'adolescent. 3e édition., France : Edition Elsevier Masson.
- Zucchetto, Joanne. Jacobs, Simone. Johnson, Ly Vick. (2019). Understanding the Paradox of Surviving Childhood Trauma : Techniques and Tools for Working with Suicidality and Dissociation. 1er Edition., Royaume uni : Edition Routledge.