

SEQUELLES DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE L'ETAT DE STRESS POSTTRAUMATIQUE

F. DUCROCQ, S. MOLENDA, P. GOLDSTEIN

Auteur principal :

Dr François DUCROCQ
CUMP - SAMU 59
CHRU de Lille
59037 LILLE edex
Tel : 03 20 44 41 17
Fax : 03 20 44 49 15
E-mail : f-du ro q@ hru-lille.fr

Auteurs associés :

S. MOLENDA, P. GOLDSTEIN
Même adresse

RESUME :

Les conséquences psychiques des traumatismes n'ont été systématiquement étudiées que depuis très récemment chez l'enfant. Exposé à un événement catastrophique, l'enfant développerait pendant des symptômes regroupables en une entité clinique jusqu'ici réservée à l'adulte : le Syndrome de Stress Post-Traumatique.

Il s'agit d'une catégorie de troubles anxieux dont l'originalité réside dans son étiologie spécifique et habituellement repérable, marquée par une symptomatologie quasi pathognomonique se développant avec une latence variable après un événement hors du commun. Le noyau symptomatique est représenté par le syndrome de remémoration, l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, l'émoussement de la réactivité générale ainsi que l'hyperactivité neurovégétative.

Un comportement désorganisé, des éléments dissociatifs, la présence de rêves effrayants sans contenu identifiable, des constitutions préexistantes du traumatisme ainsi que des jeux répétitifs à thèmes traumatiques semblent spécifiques à l'enfant.

L'absence d'amnésie de l'événement, l'absence d'inhibition de la pensée et de repli sur soi ainsi que la rareté des flash-backs seraient des arguments en faveur du faible retentissement de la pathologie sur les performances scolaires et les apprentissages.

Un survol de la littérature de ces dix dernières années permet en outre de relever plusieurs points :

D'une part, en terme de comorbidité, un diagnostic de PTSD avant 18 ans augmenterait significativement le risque d'occurrence d'autres troubles psychiques.

D'autre part, il est permis de repérer différents facteurs influençant la réponse au traumatisme. Il s'agit des caractéristiques de l'événement et du degré d'exposition à celui-ci, mais surtout de facteurs individuels tels que l'âge, le sexe, le niveau de développement psychosocial et les antécédents personnels. Les facteurs sociaux et familiaux sont également abordés.

Enfin, la prise en charge de ce trouble, comme elle des autres syndromes séquellaires, doit associer plusieurs approches et modalités combinées dont la priorité de la mise en route est maintenant reconnue, dérivant par ailleurs d'avantage de l'expérience clinique que de travaux de recherche reposant sur des évaluations et des outils standardisés.

SEQUELLES DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES CHEZ L'ENFANT : A PROPOS DE L'ETAT DE STRESS POSTTRAUMATIQUE

Les effets d'un traumatisme chez l'enfant n'ont été systématiquement étudiés que depuis très récemment. La majorité des recherches concernant le psychotraumatisme, datant des années 1980, se sont en effet centrées sur l'étiologie, la prévalence et le traitement du PTSD chez l'adulte.

Cependant, des études récentes sur des réactions de l'enfant à un événement traumatique suggèrent que l'enfant qui a été exposé à un traumatisme développerait des symptômes que l'on peut regrouper sous le vocable de syndrome de stress post-traumatique.

HISTORIQUE

La connaissance des syndromes de stress post-traumatique n'est pas récente, puisque antérieure même au développement de la psychiatrie de catastrophe.

Le terme synonyme de névrose traumatique a en effet été introduit à la fin du XIX^{ème} siècle lors des premières descriptions de troubles présentés par les victimes des premiers accidents de chemin de fer. Avec la modernisation de la société sont ensuite apparues des catastrophes industrielles qui se sont ajoutées aux catastrophes naturelles, les guerres, la fréquence des actes terroristes, ainsi que les accidents de circulation au point de donner au traumatisme psychique un véritable statut d'événements de la vie civile moderne.

NOSOGRAPHIE

Cette catégorie de troubles anxieux, dont l'originalité réside dans son étiologie spécifique et habituellement repérable est marquée par une symptomatologie quasi pathognomonique aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Dans les nosographies les plus récentes à savoir le DSM IV, l'état de stress post-traumatique est défini de la manière suivante :

- **Critère A** : le sujet a été exposé à un événement traumatique : présence d'un événement menaçant - peur intense et sentiment d'horreur.
- **Critère B** : l'événement traumatique est constamment revécu : souvenirs répétitifs provoquant un sentiment de détresse - rêves répétitifs - flash-back -

détresse et réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices évoquant l'événement.

- **Critère C** : évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ainsi qu'émoussement de la réactivité générale : évitement de situations, de pensées, de conversations ou de lieux éveillant un souvenir du traumatisme - réduction d'intérêt pour les activités importantes - détachement d'autrui - restriction des affects - sentiment d'avenir bouhé.
- **Critère D** : présence de symptômes persistant traduisant une activation neurovégétative ne préexistant pas au traumatisme : difficultés d'endormissement - irritabilité - difficultés de concentration - hypervigilance - réactions de sursaut exagérées.
- **Critère E** : la perturbation dure plus d'un mois.
- **Critère F** : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Quelques particularités s'appliquent sur le plan nosographique plus spécifiquement à l'enfant.

Pour le critère A, il est noté que chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer aux manifestations de peur intense, de sentiments d'impuissance ou d'horreur retrouvés chez l'adulte.

En ce qui concerne le critère B, représenté par la reviviscence de l'événement traumatique, il est fréquemment relevé chez les enfants la présence de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

Enfin, chez de jeunes enfants, des réactions tout à fait spécifiques et prévisibles du traumatisme sont fréquemment rencontrées.

VARIETES CLINIQUES CHEZ L'ENFANT

Tous les enfants ne développent pas un syndrome de stress post traumatique lorsqu'ils sont exposés à un événement à valeur potentiellement traumatique. En effet, l'évolution heureusement la plus fréquente est représentée par de discrets troubles du comportement ou une détresse psychologique mineure.

En outre, certains d'entre eux ne développent qu'un PTSD subclinique au sens du DSM-IV, tous les critères n'étant en effet pas réunis.

Pour distinguer le type d'événement stressant et les différences sémiologiques et pronostiques, TERR distingue le traumatisme de type I et le traumatisme de type II.

TRAUMATISME DE TYPE I :

C'est le cas le plus facilement repéré. Il s'agit du PTSD sous sa forme classique, du moins fréquemment décrit chez l'adulte, d'enfant exposés à un seul événement traumatisant, dont les catastrophes naturelles, les guerres, les bombardements ou les enlèvements, séquestration ou prises d'otages.

1. reviviscence :

La reviviscence de l'événement se traduit par des jeux infiniment répétés exprimant des aspects ou des thèmes du traumatisme. Sous le terme de remise en scène on rapporte des répétitions presque exactes d'attitudes adoptées au moment du choc.

Chez des grands enfants et à l'adolescence les souvenirs sont très souvent visualisés sous forme de flash-back, d'illusions ou d'hallucinations.

Les rêves répétitifs prennent quant à eux des formes déguisées, sous forme de cauchemars à thèmes non spécifiques.

2. évitement persistant des stimuli associés au traumatisme

L'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme s'exprime de façon un peu différente dans l'enfance. Contrairement à l'adulte, chez qui on retrouve souvent une amnésie psychogène, de nombreux enfants arrivent à rapporter des récits particulièrement clairs et détaillés de l'événement. D'autres enfants témoignent en revanche de véritables distorsions de la chronologie des faits relatés.

Comme le souligne MOUREN SIMEONI, une autre variété de réévaluation cognitive est représentée par la croyance aux présages. Il s'agit là d'une tentative de la part des enfants de retrouver un contrôle rétrospectif de la situation inattendue. A posteriori, le jeune sujet repense à un détail banal survenu juste avant l'événement, détail auquel il attribue une valeur de mauvaise augure.

3. hyperactivité neurovégétative :

Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative ne diffèrent guère de ceux de l'adulte : troubles du sommeil, irritabilité, troubles du contrôle des impulsions, difficultés de concentration, attitudes d'hypervigilance avec sursauts et anticipation anxieuse.

TRAUMATISME DE TYPE II :

Le traumatisme de type II fait suite à une exposition chronique à des traumatismes extrêmes, bien souvent des sévères physiques ou sexuels. Pour certains auteurs, le syndrome de stress post-traumatique concernerait ainsi 20 à 50 % des enfants victimes de ce type de sévères.

Sur le plan clinique, les signes cardinaux du syndrome de stress post-traumatique lui-même semblent assez peu varier en fonction du traumatisme. Tout au plus, d'après

DEBLINGER en 1989, les signes dissociatifs et d'évitement, dont la régression, prédomineraient chez les victimes d'abus sexuels.

FACTEURS DE VULNERABILITE ET DE PROTECTION

De nombreux auteurs se sont également attachés à définir des facteurs de vulnérabilité et de protection.

En ce qui concerne l'âge, il ne semble pas y avoir d'âge, si jeune soit-il, qui protège des effets du traumatisme. Certains auteurs concluent à une moindre vulnérabilité (GREEN et BLOCH en 1966, GLESER 1981) d'autres à une plus grande vulnérabilité (LONIGAN) des enfants plus jeunes. Enfin, d'autres auteurs ne relèvent pas de différences significatives.

VULNERABILITE INDIVIDUELLE

Chez l'enfant il semble actuellement qu'il y ait peu de données allant dans le sens d'une prédisposition de traits anxieux.

FACTEURS FAVORISANTS

Ce sont les caractéristiques du traumatisme lui-même qui semblent peser plus lourd que les facteurs individuels.

La menace vitale semble déterminante.

Les émotions négatives éprouvées par l'enfant durant l'événement traumatique semblent correspondre en partie à la probabilité qu'il perçoit d'être tué ou blessé.

On retrouve également le caractère soudain et inattendu du traumatisme. En effet le sentiment d'invulnérabilité ou de sécurité antérieur aggraverait le contraste, la rupture entre l'instant traumatique et un environnement jusque là stable et sécurisant.

La violence d'origine humaine serait également plus traumatisante que les catastrophes naturelles.

Le degré d'exposition à l'événement a été particulièrement étudié chez des adultes victimes de catastrophes. La proximité géographique par rapport à l'épître du sinistre aurait des conséquences observables sur le développement du PTSD. PYNOS en 1987 relevant une corrélation directe entre la proximité du lieu d'une fusillade et le nombre et la sévérité des symptômes de PTSD chez les enfants d'une école attaquée par un tireur isolé.

EVOLUTION

Selon le DSM III-R les symptômes se manifestent immédiatement ou peu de temps après le traumatisme. Ils débutent parfois à l'issue d'une période de latence qui peut aller de plusieurs mois à plusieurs années.

Cette latence est parfois absente et en tous cas souvent incomplète chez l'enfant, marquée par des troubles assez spécifiques : troubles du sommeil, irritabilité et retrait social.

Par rapport à l'évolution, et comme le souligne M. LEER, l'histoire naturelle du PTSD est en core très peu connue, on ne sait en effet pas combien parmi les enfants qui présentent un PTSD après un traumatisme se remettent spontanément et combien passeront à la chronicité.

Signalons par ailleurs que même dans les cas les plus graves des sujets demeureraient paradoxalement stables.

APPROCHE THERAPEUTIQUE

Même s'il paraît clair que le traitement type doit associer plusieurs approches et modalités combinées, nous ne disposons actuellement pas d'études se rapportant spécifiquement aux PTSD chez l'enfant.

CHIMIOThERAPIE

Sur le plan chimiothérapique, plusieurs familles chimiques ont été employées sans que se dégagent actuellement une spécificité de l'une d'entre elles sur les symptômes.

Si DAVIDSON propose l'emploi des antidépresseurs tricycliques en première intention, d'autres auteurs ont préconisé tour à tour les IMAO, les ISRS, les benzodiazépines, la carbamazépine, le lithium, voire même la loméprazine ou les bêtabloquants.

On s'interroge en core sur la durée optimale du traitement, sur les effets comparatifs et interactionnels de la chimiothérapie et des psychothérapies, ainsi que sur l'influence de la comorbidité et la prévalence de la prescription.

PSYCHOTHERAPIES

Au niveau psychothérapeutique, sans aborder le caractère efficace pour les uns pathogène pour les autres du debriefing, le traitement inclut toujours le principe de l'abréaction du traumatisme.

C'est cette mise en récit, cette verbalisation des faits et des affects associés qui sont utilisés depuis de nombreuses années.

Signalons qu'en outre atlantique, on assiste à un regain d'intérêt pour l'hypnose.

Ont également été proposés avec, semble-t-il, une certaine efficacité des approches cognitivo-comportementales assez spécifiques associant notamment relaxation, exposition et retraitement des émotions. Il s'agirait ainsi pour les comportementalistes, en confrontant l'enfant aux stimuli anxiogènes, de donner la possibilité à ces enfants d'atténuer leur réaction d'anxiété, de remobiliser l'expérience émotionnelle du traumatisme ainsi que d'apprendre de nouvelles réponses, de nouveaux moyens de faire face ou stratégies d'adaptation au stress.

CONCLUSION

En conclusion, le syndrome de stress post traumatique, bien qu'il reste mal étudié chez l'enfant pourtant soumis aux mêmes expériences traumatiques que les adultes, est largement sous estimé dans son retentissement sur le développement de l'enfant.

L'authentification de son existence, à la lumière d'observations récentes nombreuses et concordantes, tend cependant à se faire sur un modèle proche de celui de l'adulte.

Il semble malgré tout se dégager des éléments spécifiques à l'enfance et il est clair que leurs reconnaissance précoce permettrait d'apporter aux jeunes patients dépistés une thérapie adaptée, une aide à la verbalisation de l'expérience dont on peut espérer un rôle préventif sur la constitution du syndrome tout en en limitant les conséquences sur son développement psychoaffectif.

BIBLIOGRAPHIE :

1. BAILLY L. : Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant. ESF éditeur, Paris, 1996.
2. BRESLAU N., DAVIS G. C., ANDRESKI P., PETERSON E. : Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991 ; 48 : 216-222.
3. GOENJIAN A. K., PYNOOS R. S., STEINBERG A. M., NAJARIAN L. M., ASARNOW J. R., et al. : Psychiatric Comorbidity in Children after the 1988 Earthquake in Armenia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995 ; 34 : 1174-1184.
4. GREEN B.L., KOROL M., GRACE M. C., et al. : Children and disaster : age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991 ; 30 : 945-951.
5. MOUREN-SIMEONI M.C. : Actualité du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. *Ann. Med.-Psychol.*, 1994 ; 152, 10 : 685-688.
6. PFEFFERBAUM B. : Post Traumatic Stress Disorder in Children : review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, Nov 1997 ; 36 : 11
7. PYNOOS R. S., GOENJIAN A., TASHJIAN M. et al. : Post-traumatic Stress reactions in children After the 1988 Armenian Earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 1993 ; 163 : 239-247.
8. TERR L. C. : Psychiatric Trauma in children : Observations following the Chowhilla School-Bus Kidnapping. *Am. J. Psychiatry*, 1981 ; 138 : 14-19.
9. TERR L. C. : Chowhilla Revisited : The Effects of Psychiatric Trauma Four Years After a School-Bus Kidnapping. *Am. J. Psychiatry*, 1983 ; 140 : 1543-1550.
10. VILA G, PORCHE L-M, MOUREN-SIMEONI M-C. L'enfant victime d'agression. Ed. Masson, Paris, collection Médecine et Psychothérapie, 1999 ; 170 p.
11. YEHUDA R., MIFKALAN A. C. : Conflict Between Current Knowledge About Posttraumatic Stress Disorder and Its Original Conceptual Basis. *Am. J. Psychiatry*, 1995 ; 152 : 1705-1713.