

I Revues générales

Stress post-traumatique chez l'enfant : Que dire ? Que faire ?

RÉSUMÉ : L'état de stress post-traumatique (PTSD : *Post Traumatic Stress Disorder*) est un état clinique inquiétant que l'enfant peut traverser après différents types de traumatismes (violence directes, maltraitance, catastrophes, etc.) surtout s'il se sent seul et abandonné des adultes.

Quatre grands types de troubles sont alors présents : le syndrome de répétition, le syndrome de l'évitement, l'hyperactivation neurovégétative, l'altération négative des cognitions et de l'humeur. L'évolution d'un symptôme post-traumatique dépend surtout de sa prise en charge et de la nature même du traumatisme.



C. JOUSSELME

Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,
Université Paris Sud,
Chef du Pôle Universitaire de la Fondation Vallée,
GENTILLY, INSERM U1178.

L'état de stress post-traumatique est un état clinique inquiétant que l'enfant peut traverser après différents types de traumatismes.

Qu'il s'agisse de violence directes venant de l'extérieur de la famille (accidents, attentats, harcèlement, etc.), de maltraitance interne (négligence, coups, inceste, violences conjugales etc.), ou de catastrophes de différents types (météorologiques, etc.), l'enfant est particulièrement en risques s'il se sent seul et abandonné des adultes. Les adultes présents doivent donc être particulièrement vigilants, d'autant plus que l'enfant est jeune, pour tenter de lui permettre d'affronter au mieux la surcharge de stress que le traumatisme implique en lui, en se positionnant comme des adultes fiables, bienveillants et protecteurs.

Il ne faut pas non plus oublier que l'exposition répétée, par écrans interposés, à des scènes violentes, peut créer chez certains jeunes enfants d'authentiques syndromes de stress post-traumatique, ce qui rappelle les parents à leur rôle de

pare-excitation et de filtrage. C'est ce qu'on a pu constater par exemple, après les attentats terroristes en France.

I Définition

Un état de stress post-traumatique (PTSD : *Post Traumatic Stress Disorder*) correspond à des symptômes caractéristiques qui apparaissent dans les 4 semaines suivant l'exposition à un événement traumatique.

Ce dernier se définit comme un événement au cours duquel un sujet, seul ou avec d'autres, est menacé de mort, de blessure ou de perte de l'intégrité physique [1] (ce qui inclut la maltraitance, les abus sexuels, le harcèlement et l'inceste), ou bien encore visualise la mort d'autres personnes autour de lui. Plus l'enfant est jeune, plus l'événement peut avoir un poids traumatique important.

La première réaction à un événement traumatique est un stress aigu, avec une peur intense et un sentiment d'impuissance, d'horreur, ce qui peut entraîner

Chez l'enfant, les symptômes de stress post-traumatique entraînent généralement une altération du fonctionnement durable, et notamment dans les relations avec les autres et dans les apprentissages scolaires [3]. Parfois, il faut de longs mois de traitement pour qu'il retrouve ses capacités cognitives.

Dans le traumatisme de type I [4], qui correspond à une exposition unique et soudaine, on retrouve souvent des jeux compulsifs mimant la scène, moins de rêves angoissants, d'illusions ou d'hallucination ou d'amnésie (l'enfant raconte la scène traumatique assez facilement à un adulte de confiance). Des troubles psychosomatiques, des conduites instinctuelles (alimentation, sommeil, propreté, etc.) et une forte angoisse de séparation sont souvent présents chez le jeune enfant. L'adolescent, lui, réagit davantage par des comportements agressifs et antisociaux.

Dans le traumatisme de type II [4], qui correspond à la maltraitance [5], au harcèlement [1], aux visualisations de scènes traumatiques à répétition (violence conjugale, phénomènes télévisuels, etc.) [6], et aux abus sexuels prolongés, l'enfant et davantage sujet à des phénomènes dissociatifs, une amnésie, une anesthésie affective, ce qui correspond à des mécanismes de déni. Il a également plus tendance à s'identifier à l'agresseur (être agresseur lui-même, trouver des excuses à l'agresseur et se rapprocher de lui, etc.).

immédiatement une désorganisation du comportement, avec une altération de la conscience, une sidération, une déréalisation (sentiment d'étrangeté vis-à-vis du monde extérieur : par exemple, impression de décor de cinéma), voire une dépersonnalisation (impression de ne plus se sentir exister comme d'habitude). L'enfant peut se prosterner, rester mutique et mettre en place une anesthésie affective pouvant se prolonger, surtout si rien n'est fait pour le soutenir [2], en reconnaissant sa souffrance en cas de traumatisme unique, et particulièrement si rien n'est mis en place pour le protéger de la répétition traumatique quand celle-ci existe.

L'état post-traumatique peut survenir si l'enfant est témoin ou directement victime. On peut noter que le syndrome post-traumatique est particulièrement fréquent en cas de maltraitance et d'inceste.

Enfin, le risque d'évolution vers un trouble de stress post-traumatique est fréquent si le traumatisme est sévère, répétitif, porté contre l'enfant lui-même, surtout s'il est seul, si l'enfant présente en amont des troubles de la personnalité ou d'autres symptômes psychologiques, et si le niveau socio-économique de la famille est bas. Ce risque est aussi plus fort si l'événement unique est particu-

lièrement brutal, soudain, non anticipable.

On considère que l'accès au langage et à la symbolisation sont nécessaires pour développer un syndrome de stress post-traumatique, même si certains enfants très jeunes semblent conserver une mémoire visuelle de la scène traumatique.

■ Symptomatologie

On repère 4 grands types de troubles dans le cadre de syndrome de stress post-traumatique qui reste une reviviscence pénible du trauma durant plus d'un mois [3]:

>>> Le syndrome de répétition : l'enfant revit très régulièrement, involontairement, mais très intensément, l'expérience traumatique, de façon sensorielle, avec une importante détresse émotionnelle. Il se sent totalement envahi par des vécus pénibles et extrêmement angoissants. Des impressions soudaines de *flash-backs*, avec hallucinations ou illusions (expérience dissociative donnant l'impression que l'événement va se reproduire ou même se reproduit), peuvent le terrasser. Parfois, des cauchemars traumatiques le laissent terrorisé au réveil. Il perd alors la conscience de la réalité actuelle,

pendant quelques secondes ou quelques minutes. Dans ces cas, il peut se mettre en danger, fuguer, devenir hétéro-agressif ou auto-agressif.

Ces reviviscences sensorielles sont accompagnées d'une importante réaction physiologique (palpitations, transpiration, polypnée) particulièrement angoissante.

>>> Le syndrome de l'évitement : l'enfant évite tous *stimuli* qui pourraient lui rappeler le traumatisme. Ces derniers peuvent être liés à des personnes, des lieux, des situations qui lui rappellent le moment du traumatisme par différents canaux sensoriels et émotionnels. Parallèlement, pour se protéger de tels vécus particulièrement inquiétants, l'enfant cherche à effacer tous les souvenirs rattachés au moment du traumatisme : il s'empêche activement d'y penser, met en place des stratégies de diversion, comme jouer à des jeux vidéo, faire une activité physique qui prend toute son énergie ou refuser activement de se retrouver dans des lieux lui évoquant le traumatisme (par exemple, en cas d'inceste vécu dans son lit, il fuit sa chambre ou toute pièce qui lui rappelle celle-ci ; après les attentats terroristes à Paris, refus d'aller à une terrasse de café, etc.). Parfois, la vie de l'enfant, hypervigilant, qui sursaute sans cesse, est totalement appauvrie par ces mécanismes de défense.

>>> Hyperactivation neurovégétative : elle entraîne des altérations du sommeil, avec difficultés d'endormissement, ou réveil brutal, souvent aggravées par des cauchemars terrifiants, plus ou moins symboliques de l'événement vécu. Ces derniers peuvent entraîner une angoisse à l'endormissement, de peur qu'ils ne réapparaissent.

Parallèlement, l'enfant développe une irritabilité, une hyperréactivité émotionnelle à tous *stimuli* lui rappelant le traumatisme : par exemple la colère de certaines personnes, certains actes violents présentés dans des films, certaines images du journal télévisé, etc.

I Revues générales

Peu à peu, pour éviter de plonger dans ses expériences sensorielles terrifiantes, il organise un système d'hypervigilance lui permettant d'analyser et de dépister le moindre problème environnemental qui pourrait lui rappeler la possibilité du traumatisme. Ces mécanismes entravent sa concentration et sa mémoire, donc ses apprentissages scolaires.

Parfois, l'angoisse est telle qu'elle conduit l'enfant à entrer dans des comportements d'autodestruction, engendrant un risque suicidaire important.

>>> Altération négative des cognitions et de l'humeur : l'enfant, qui se désintéresse de son environnement, restreint ses affects, garde un pessimisme marquant par rapport à son avenir ou à l'avenir en général. Certains enfants se culpabilisent de n'avoir pas pu protéger les personnes qui étaient avec eux lors de l'événement traumatique, leur fratrie en cas de maltraitance ou d'inceste par exemple. Parfois, ils projettent cette honte sur les autres, et se persécutent à la moindre relation, développant secondairement un syndrome dépressif ou une inhibition donnant l'impression d'un désintérêt permanent pour tout.

■ Pronostic

L'évolution d'un symptôme post-traumatique dépend surtout de sa prise en charge et de la nature même du traumatisme. En cas de maltraitance familiale, d'inceste, de violences conjugales, la situation est particulièrement difficile, puisque l'enfant reste généralement soumis très longtemps à des comportements paradoxaux de ses figures d'attachement.

■ Prises en charge

En dehors de la situation de maltraitance qui reste plus complexe encore, lorsqu'un traumatisme existe du fait d'événements se déroulant en dehors de la famille (acte de terrorisme, attaques,

POINTS FORTS

- Plus l'enfant est jeune, plus l'événement peut avoir un poids traumatique important.
- Le syndrome de stress post-traumatique peut survenir si l'enfant est témoin ou directement victime. Il reste particulièrement fréquent en cas de maltraitance et d'inceste, et/ou quand le traumatisme est sévère, brutal, inattendu, répétitif, porté contre l'enfant lui-même, surtout s'il est seul.
- Chez l'enfant, les symptômes de stress post-traumatique entraînent généralement une altération du fonctionnement durable notamment dans les relations avec les autres et dans les apprentissages scolaires.
- L'évolution d'un symptôme post-traumatique dépend surtout de sa prise en charge et de la nature même du traumatisme.

catastrophes météorologiques, etc.), les interventions précoces auprès de l'enfant sont recommandées.

Dans le cadre des traumatismes de type I, dans un premier temps, l'idée est de provoquer très rapidement une sorte de déstockage psychologique en réduisant la charge émotionnelle active, grâce à une relation avec un adulte bienveillant et sécurisant. Puis, un *débriefing* psychologique peut être proposé, après environ 72 heures, car avant il peut provoquer une véritable explosion psychologique.

Dans tous les cas, il faut repérer les enfants plus vulnérables que les autres, du fait de leur histoire à laquelle le traumatisme fait écho (séparation parentale, mort d'un proche, antécédents de maltraitance, etc.).

Lorsqu'un tableau dissociatif est présent, il faut être particulièrement vigilant et mettre en place une prise en charge rapide, prenant en compte les ressources et/ou les fragilités familiales, sans oublier celles de la fratrie.

Les associations de victimes peuvent aussi être très utiles à la famille : par

exemple, les parents peuvent y retrouver un soutien qui les aidera à mieux prendre en charge leur enfant.

Dans certains cas, une thérapie cognitive ou comportementale sera proposée, aidant à gérer l'anxiété et les comportements d'évitement, tout en permettant un réinvestissement de la pensée et des apprentissages. La thérapie d'exposition prolongée correspond à une désensibilisation progressive vis-à-vis de l'événement traumatisant que l'on propose à l'enfant d'imaginer, ou que l'on reproduit sous forme de film. Face à la répétition de ces *stimuli*, l'angoisse diminue progressivement, ainsi que les comportements d'évitement.

Enfin, l'«*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*» (EMDR), développé par Shapiro depuis 1989 repose sur le fait que les informations attachées à l'événement n'ont pas été codées dans la mémoire de façon adéquate. Cette technique, applicable chez le grand enfant et l'adolescent, vise à stimuler un nouveau type de traitement de l'information initiale, pour que le souvenir de l'événement traumatique se débarrasse des émotions trop intenses qui lui sont liées, et s'encodent comme

