

Le trauma psychique de l'enfant

Aspects cliniques et modalités d'intervention immédiate

D. REZZOUG- T. BAUBET

AP-HP, Hôpital Avicenne, Bobigny

CESP, Inserm 1178, UTRPP Université Paris 13

Dalila.rezzoug@aphp.fr

Thierry.baubet@aphp.fr

Traumatisme psychique

- Attention : **événement ≠ traumatisme**
- Attention : **stress ≠ trauma** (menace interne)
- **Certains** événements :
 - confrontation brutale au réel de la mort + surprise (impréparation psychique) = **EFFROI**
 - « Je me suis vu mort »
 - « J'ai vu la mort en face »

Qu'est-ce qui peut faire trauma ? (1)

- F. Lebigot : Confrontation au réel de la mort
- DSM5 : critère A : exposition à une violence (ou menace de violence) physique (pouvant causer blessure ou mort) ou sexuelle de l'une des manières suivantes :
 - Victime directe
 - Témoin alors que ça arrive à un tiers
 - Apprendre que c'est arrivé à un très proche (violent)
 - [Exposition répétée à des détails aversifs]

Qu'est ce qui peut faire trauma? (2)

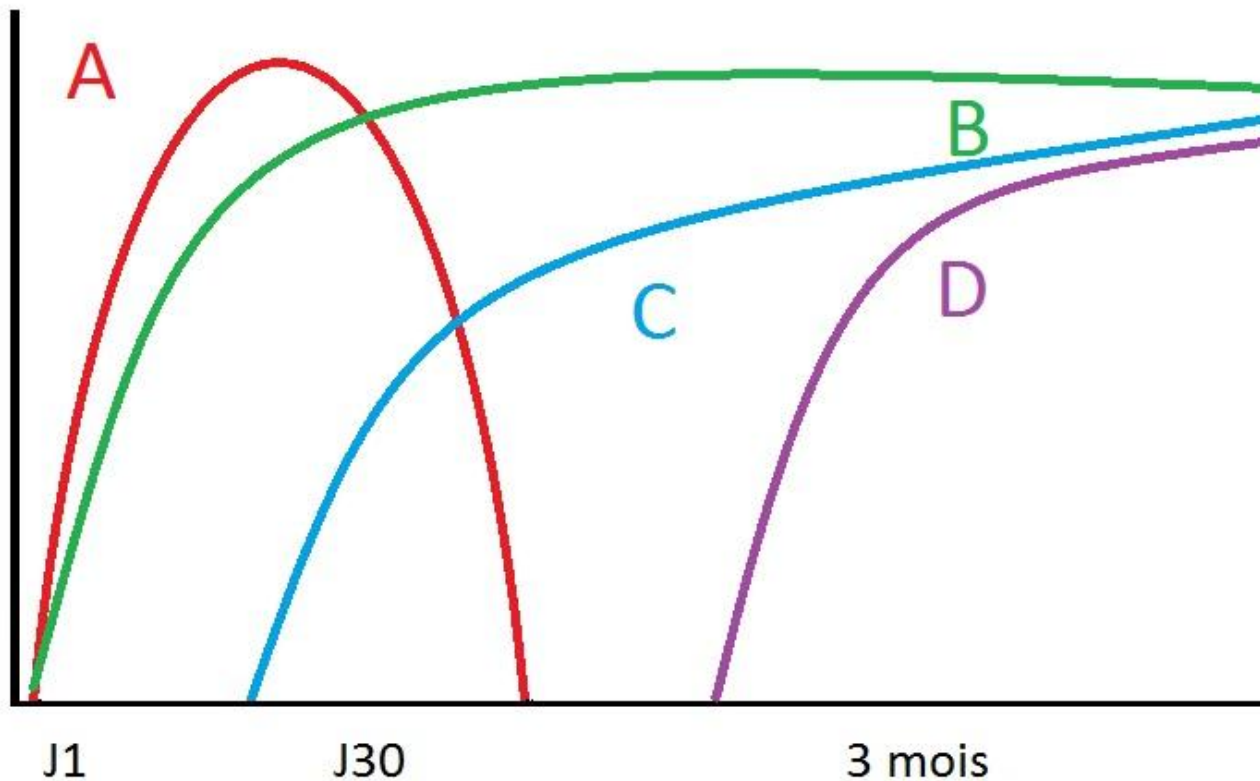
- Événement violent unique ou répété, débordant les capacités défensives de l'enfant (Drell 1993) qui en est victime ou témoin
- A la fois
 - effroi perçu directement par l'enfant
 - Destruction brutale de sa croyance dans l'invulnérabilité de ses parents et dans l'infailibilité de leur protection (Bailly). Winnicott parle de «rupture de la foi» dans l'environnement et de perte brutale de la capacité à croire en lui.

Conséquences cliniques

- Deux types de troubles sont susceptibles de survenir, de manière immédiate ou différée (mais pas systématique)
 - Etat de stress post-traumatique
 - Trouble déprivation / maltraitance (ancien trouble réactionnel de l'attachement aux situations de carence et de maltraitance)
 - Ébranlement du sentiment fondamental de sécurité et d'attachement
- Association possible à des deuils

Conséquences post-immédiates (1^{er} mois) (Baubet, 2016)

Intensité réaction



Conséquences immédiates (J1)

- Stress adapté
- Stress dépassé
 - Sidération
 - Agitation
 - Fuite panique
 - Comportement automatique, dissociation

 - Ces réactions indiquent choc traumatique, mais pas forcément pathologie ultérieure
 - Chez les + jeunes: expression corporelle et fonctions instinctuelles (agitation, hypersomnie)

Dissociation péritraumatique

- Mécanisme de protection psychique (éviter la contagion / se déconnecter)
- Sentiment subjectif de torpeur, d'irréalité, de bizarrerie de soi (dépersonnalisation) et environnement (déréalisation), modification de l'écoulement du temps, amnésie complète ou partielle
- Perte transitoire de la capacité d'association entre pensées, souvenirs, émotions, ressentis corporels
- Peut persister des jours

Structure du TSPT chez l'adulte

- A : Événement
- B : Reviviscences
- C : Evitement
- D : Altérations cognitives et de l'humeur
- E : Augmentation de la réactivité
- F : Au moins un mois
- G : Retentissement

Trouble de Stress Post Traumatique classification 0-3 et DSM 5

- Définition critérologique avec 5 critères :

1- : Exposition à un événement traumatogène

ie : impliquant une atteinte ou une menace
d'atteinte ou de blessure de l'intégrité physique
ou psychologique de l'enfant ou d'une autre
personne

Trouble de Stress Post Traumatique classification 0-3 et DSM 5

2 – Au moins un symptôme de reviviscence du traumatisme qui se révèle par:

- Jeu post traumatique (différent du jeu)
- Souvenirs fréquents de l'événement traumatique en dehors du jeu (fascination, en parle ou questionne sans cesse)
- Cauchemars répétés
- Détresse physiologique au rappel du traumatisme
- Reviviscences (flash backs) ou conscience dissociée

Trouble de Stress Post Traumatique

classification 0-3 et DSM 5

3- Au moins un symptôme d'engourdissement de la sensibilité (émoussement de la réactivité) ou interférence avec l'élan du développement:

- Retrait social accru
- Registre émotionnel limité (restriction de la gamme des affects), moindre expression affective vis-à-vis des figures d'attachement
- Perte momentanée des capacités développementales acquises auparavant
- Diminution de l'intérêt et de l'engagement dans des activités: (comportement exploratoire)
- Diminution du jeu
- Effort d'évitement des déclencheurs (détournement du regard de la tête, comportement actif pour éviter la situation)

Trouble de Stress Post Traumatique

classification 0-3 et DSM 5

4- Au moins deux symptômes d'éveil augmenté (hyper eveil):

- Refus d'aller se coucher, Difficultés à s'endormir
- Terreurs nocturnes, réveils nocturnes répétés
- Trouble de la concentration et de l'attention
- Hypervigilance
- Réactions de sursaut exagérées
- Irritabilité, accès de colère, spasme du sanglot

- **DURANT AU MOINS UN MOIS**

Etat de Stress Post Traumatique

classification 0-3 et DSM 5

Symptômes non présent antérieurement et fréquemment associés:

- Agression envers les pairs, les adultes ou les animaux
- Angoisse de séparation, les enfants sont collés aux adultes
- Peur d'aller seul aux toilettes
- Peur du noir
- Autres peurs nouvelles
- Régression développementales: énuresie, encoprésie, parler comme un bébé
- Comportement défaitiste ou provocation masochiste
- Comportement de nature sexuelle et agressive
- Autres réactions non verbales: symptômes somatiques, reviviscences motrices, stigmates cutanés...
- Diagnostic à considérer comme **prioritaire si** :
 - Exposition à un événement traumatogène
 - Les symptômes n'étaient pas présents auparavant

Trouble déprivation / maltraitance

- Carences, maltraitances incluant négligences parentales sévères et persistantes ou des conduites avérées de maltraitance physique ou psychologique
- Fréquents changements de caregiver
- Négligence parentale (toxicomanie, dépression)

Trouble déprivation / maltraitance

- Retrait émotionnel ou inhibé
- Indiscriminé ou desinhibé
- Trouble mixte

Le trauma chez l'enfant

OUTILS THEORIQUES

- **FREUD: “Mise hors service du Moi”, jeu traumatique**
- **WINNICOTT: effets des séparations précoces, transmissions de la frayeur, effets à long terme**
- **TERR: Type 1 et 2**
- **GAENSBAUER: mémoires traumatiques**
- **BAILLY: théories sociales infantiles**

Traumatisme et interaction parents- enfants

LACHAL, BAUBET, MORO:

- Effet du trauma des parents sur la fonction parentale
- Effet du trauma d'un enfant sur ses parents
- Conséquences sur l'enfant en retour
- Exemple en contextes de guerre et conflits chroniques: spasmes du sanglots, malnutrition sévère

SCHEERINGA ET ZEANNAH

- Etat de stress post traumatique relationnel

Epidémiologie

- Exposition à des événements traumatogènes : deux tiers des moins de 16 ans, tous ne développent pas de TPST
- 10 à 30% des jeunes enfants exposés développent des troubles, ceux-ci tendent à devenir chroniques
- Donc si durée des troubles supérieur à 1 mois : besoin d'un traitement spécifique (travaux ont montré échec traitements communautaires sur TPST jeune enfant constitué (Scheeringa, 2005))

Facteurs de vulnérabilité

- Liés à l'événement : perception d'une menace de mort ou d'anéantissement, intentionnalité, proximité
- Témoin d'une menace du caregiver+++
- Individuels et familiaux
 - Age, niveau développemental : ne protègent pas du trauma, en conditionne ce qui peut être perçu et manifestations cliniques
 - troubles préexistants : facteur de vulnérabilité
 - Sexe : études peu claires chez l'enfant
 - Support social : facteur de protection
 - Famille +++ : réaction, disponibilité et bon fonctionnement psychique, qualité des interactions, ATCD trauma. Peuvent « amortir » ou inversement être l'agent du trauma de l'enfant via leur détresse propre.
 - Douleur (influence indirecte par l'effet sur la détresse des parents)
 - Fréquence cardiaque augmentée

Quels sont les facteurs de risque d'apparition de troubles chroniques ?

- Exposition (intensité, durée...)
- Captivité
- Blessure
- Deuil
- Dissociation péritraumatique
- ATCD d'événement traumatique
- ATCD psychiatrique
 - (Enfant) Psychopathologie parentale, fonctionnement familial, PTSD relationnel
- Faible soutien social, isolement

Rappels sur la temporalité des troubles

- Troubles aigus (choc, ASD, Symptômes dissociatifs)
- Des troubles aigus, même importants ne sont pas forcément prédictifs d'une évolution vers un trouble chronique (TSPT)
- L'absence de trouble aigu ne garantit pas une évolution favorable
- Parents, adultes sous-estiment en général difficultés de l'enfant. Cas des parents eux-mêmes affectés.



Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (I - Organisation)

- UMP inscrite dans le code de la santé publique depuis 2013
- Offre de soin rattachée à l'AMU, responsabilité ARS
- Département, Zone de défense, niveau national
- Permanents et volontaires
- Les textes régissant l'Urgence médico psychologiques sont accessibles à partir de : <http://www.sante.gouv.fr/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump.html>

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (II - Missions)

- Soins médico-psychologiques aux VICTIMES OU TÉMOINS d'événements POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUES COLLECTIFS
- Phase immédiate et post-immédiate (1 mois)
- Préparer les relais thérapeutiques ultérieurs
- Prendre en charge sauveteurs et soignants si besoin

- Et en dehors crise : animation d'un réseau de volontaires, formation...

Enfants et adolescents affectés de différentes manières

- Confrontation directe aux événements
- Enfant brutalement endeuillé
- Enfant dont un proche a été blessé
- Enfant dont un proche présente des troubles post-traumatiques
- Effets sur la population générale, sur les « minorités » et les rapports entre groupes

Objectifs d'une intervention de crise

- Fournir les premiers soins aux enfants et à leurs parents : expérience d'être écouté et contenu
- Orienter les enfants dont l'état le nécessite (parfois les parents) vers des soins structurés
- Evaluer le risque psychopathologique pour chaque famille et proposer des modalités adaptées (au minimum réévaluation téléphonique)
- Fournir une information minimale à tous sur un support qu'ils puissent conserver

Cela nécessite

- Structures habituées à l'urgence psy, à la crise, aux plans d'urgence et comportant des pédopsy
- Des lieux dédiés aux enfants, avec du matériel adéquat
- S'inscrire d'emblée dans la temporalité (pas de « debriefing – vaccin »)
- Donc en **collaboration** avec les autres acteurs de la communauté : sanitaire, social, associatif ville

Temporalité du dispositif

- Depuis les premières heures
 - Mettre un cadre dans une situation chaotique
 - Continuité
 - Information
 - Attention aux appels aux « bonnes volontés »
- Le premier mois
 - Traitements spécifiques
- Au-delà de un mois
 - Retour au « droit commun » : soins et dimension psychosociale dans traumas collectifs

Prise en charge en situation de catastrophe

- Le cadre de l'intervention
- Espace
- temporalité
- Matériel
- Intervenants formés
- besoins primaires
- Type d'intervention
- Médias

Objectifs initiaux vis-à-vis des enfants

- Restaurer la sécurité des enfants: comportements d'attachements
- Permettre/faciliter l'expression symbolique
- Ecouter, aussi en dehors de la présence des parents (donc nécessité de prévoir des temps avec et sans) : culpabilité, symptômes des parents
- Aider à clarifier les émotions ressenties, trouver des mots, soutenir le récit
- Expliquer, selon niveau développemental, que ce que l'enfant ressent est partagé par beaucoup
- Si deuil: soutenir les liens avec les vivants comme avec le parent décédé

Objectifs initiaux vis-à-vis des parents

- Aider parents à comprendre ce que l'enfant ressent
- Les aider à comprendre les propos et comportements perturbants, angoissants, agressifs de l'enfant
- Aider les parents à comprendre leurs propres réactions (face au trauma, à la perte, aux propos et comportements de leur enfant)
- Encourager les parents à remettre en place des routines
- Les inviter à limiter exposition de l'enfant (TV, conversations d'adultes)

En pratique, pour évaluer

- 1 – L'enfant vit-il actuellement dans un lieu sûr ? Toute menace est-elle écartée ?
- 2 – Age et niveau développemental au moment du trauma et au moment de l'évaluation ?
- 3 – Environnement affectif avant le trauma et depuis. Y a-t-il des adultes qui peuvent (a) lui porter une attention suffisante et (b) répondre à ses besoins (par exemple qui n'en soit pas eux-mêmes trop affectés par un deuil ou un trauma) ?
- 4 – Type d'événement traumatique. Blessures éventuelles de l'enfant ou de ses proches ?
- 5 – Caractères temporels du trauma : événement unique, répété, continu (violences domestiques par exemple) ?
- 6 – Proximité des événements avec l'enfant : a-t-il été témoin ou victime directe, des personnes affectivement investies ont-elles été victimes, ou ont-elles perpétré les violences ?
- 7 – Symptômes post-traumatiques ou autres apparus depuis chez l'enfant et sa famille, évolution de ces symptômes ?
- 8 – Facteurs de protection chez l'enfant et sa famille. Par exemple : capacité de l'enfant à jouer, à exprimer sa peur, capacité de la famille à l'écouter et à le rassurer ? (Zeanah 1994)

Ce qu'il faut retenir

- Le trauma existe chez l'enfant quel que soit son âge
- Plus il est jeune plus il est vulnérable, les traumas précoces ont des conséquences à long terme
- Le trauma est double: impact sur les parents, sur les relations
- Prendre soin des parents et de la famille est thérapeutique pour l'enfant (à court et long terme)
- Intervention immédiate vise à restaurer la sécurité de base (comportements d'attachement)
- Les interventions post immédiates visent à l'intégration émotionnelle et narrative dans l'histoire des sujets et des familles

Bibliographie

- Coates SW, ed. *September 11, trauma and human bonds*. Hillsdale; Analytic Press; 2003.
- Lieberman AF, ed. *La mort d'un parent dans la petite enfance. Guide du traitement du deuil traumatique du bébé et du très jeune enfant*. Paris; Elsevier; 2008.
- Osofsky J, ed. *Young children and trauma, intervention and treatment*. NY; Guilford : 2004
- Pandya A, ed. *Disaster psychiatry. Intervening when nightmares come true*. Hillsdale; Analytic Press; 2004.
- Rynearson EK, ed. *Violent death, resilience and intervention beyond the crisis*. NY; Routledge: 2006
- Scheeringa MS. *Treating PTSD in preschoolers, a clinical guide*. NY; Guilford ; 2016.